



Esta obra está bajo una [Licencia  
Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**“AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE  
NUESTRA DIVERSIDAD”**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**Para Obtener El Titulo Profesional de:  
LICENCIADOS EN ENFERMERIA**

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL QUE RECIBEN  
DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA. HOSPITAL II  
ESSALUD TARAPOTO. JUNIO - NOVIEMBRE 2012.**

**AUTORES:**

**Bach. ROSITA DINA FLORES FLORES**

**Bach. CRISTIAN DIAZ LA TORRE**

**ASESOR:**

**Obsta. Mag. ANGEL DELGADO RÍOS**

**TARAPOTO- PERU**

**2012**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**"EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL QUE RECIBEN DIÁLISIS  
PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA. HOSPITAL II ESSALUD  
TARAPOTO. JUNIO - NOVIEMBRE 2012".**

**JURADOS:**

.....  
**Dra. Orfelina Valera Vega**  
**Presidenta.**

.....  
**Lic. Enf. M. Sc. Lucy A. Villenas Campos**  
**Miembro**

.....  
**Lic. Enf. Flor E. Leveau Barrera**  
**Miembro**

## DEDICATORIA

*A Dios, por estar siempre a mi lado manteniendo viva mi fe y esperanza.*

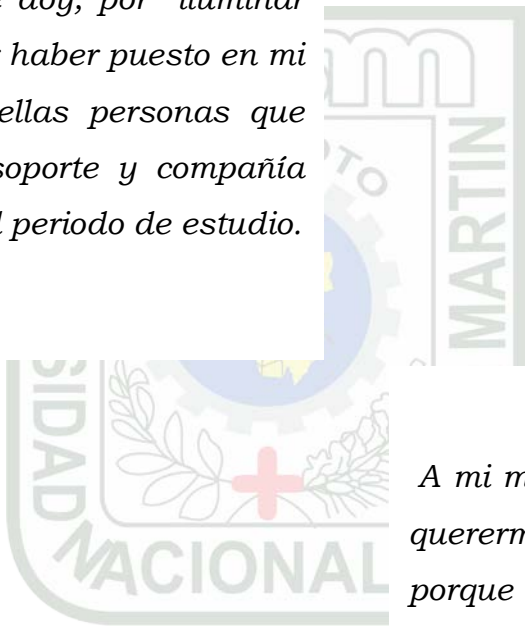


*A mi mamá, por el amor y comprensión brindados día a día, por las palabras de aliento y fuerza, que me permitieron llegar hasta donde estoy ahora... y simplemente por ser la mejor mamá!*

*Rosita Dina Flores Flores.*

## DEDICATORIA

*A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*



*A mi madre, por darme la vida, querermme mucho, creer en mi y porque siempre me apoyaste. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.*

*A mis hermanos y familiares que me apoyaron siempre!*

*Cristian Díaz La Torre.*

## AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro profundo a las personas que hicieron posible esta investigación, asesor, pacientes, a todos y cada uno de ellos que dedicaron su tiempo contribuyendo de esta manera con sus aportes al enriquecimiento de la presente investigación.

Mag. Angel Delgado Ríos; asesor de la presente investigación, por su guía y orientación constante, dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar sus valiosos conocimiento y aportes para la realización de esta tesis.

Enf. Lic. Karina Denis Cuti. Enfermera responsable del programa de DIPAC del Hospital II EsSalud Tarapoto por su apoyo constante y las facilidades brindadas para el desarrollo de la presente investigación.

Enf. Lic. Flor Enith Leveau Barrera, enfermera docente y de DIPAC, por sus valiosos aportes y contribuciones al presente estudio.

A los pacientes del programa de DIPAC, del Hospital II EsSalud y a todas las personas que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo y culminación de esta investigación.

## INDICE

**Pág.**

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	viii
<b>CAPITULO I.</b>	
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>01</b>
<b>CAPITULO II.</b>	
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>41</b>
<b>CAPITULO III.</b>	
<b>MATERIALES Y METODOLOGÍA.....</b>	<b>42</b>
<b>CAPITULO IV.</b>	
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>CAPITULO V.</b>	
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>54</b>
<b>CAPITULO VI.</b>	
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>58</b>
<b>CAPITULO VII.</b>	
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>60</b>
<b>CAPITULO VIII.</b>	
<b>REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>64</b>

## RESUMEN

La presente investigación titulada: Evaluación De La Calidad De Vida De Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Terminal Que Se Realizan Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua. Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre del 2012. Fue planteada como una investigación de tipo descriptiva simple, donde se uso el diseño de una sola casilla, teniendo como objetivo, determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que se realizan diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II EsSalud Tarapoto.

La población fue representada por 31 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó el método de la entrevista, aplicándose el Cuestionario Genérico de la Calidad de Vida SF-36 para determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que se realizan diálisis peritoneal ambulatoria continua, según los componentes de salud física: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal y Salud General y los componentes de salud mental: Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental de los pacientes.

Los datos obtenidos fueron sistematizados usando el paquete estadístico SPSS VERSIÓN 17.0. Los hallazgos encontrados fueron: El 35,5% calificaron en general su salud, algo mejor ahora que hace un año; El 58,1% reportó estado de salud que limita las actividades físicas de su vida diaria; El 71,0% reportó rol físico malo, produciendo como consecuencia un rendimiento en el trabajo y otras actividades diarias menor del deseado; El 61,3% refirió padecer intensidad de dolor bueno, lo cual no tiene efecto en su trabajo habitual y en las actividades del hogar del paciente; el 54,8% refirió estado negativo de salud en general; El 71,0% refirió sentimiento de energía y vitalidad buena frente al de cansancio y desánimo; El 61,3% refirió que el grado de los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de su salud no interfieren en su vida



social habitual; el 51,6% refirió que los problemas emocionales no afectan su trabajo y otras actividades diarias y el 51,6% valoraron su salud mental en general como buena.

**Palabras claves:** calidad de vida, diálisis peritoneal ambulatoria, insuficiencia renal crónica terminal.



## ABSTRACT

This research entitled: Evaluation of the Quality of Life of Patients with Chronic Renal Failure That Receive CAPD. Hospital II Essalud Tarapoto. June - November 2012. He was raised as a mere descriptive research, where the use of a single box design, aiming to determine the quality of life of patients with ESRD who perform CAPD Hospital II EsSalud Tarapoto .

The population was represented by 31 patients who met the inclusion criteria. For data collection, the method of interview, applying the generic Quality of Life SF-36 to determine the quality of life of patients with ESRD who perform CAPD as components physical health: physical functioning, role physical, bodily pain and general health and mental health components: vitality, social function, role emotional and mental health of patients.

The data were systematized using SPSS version 17.0. The findings were: 35.5% rated their health in general, better now than a year ago, 58.1% reported health condition that limits physical activities of daily life, the 71.0% reported role Poor physical, occurring as a result performance at work and other daily activities less than desired; 61.3% referred for pain intensity good, which has no effect on their normal work and activities of the patient's home, the 54.8% reported negative state of general health, 71.0% reported feeling of energy and vitality of good versus fatigue and discouragement, 61.3% reported that the degree of physical or emotional problems stemming from the lack your health do not interfere in their usual social life, 51.6% reported that emotional problems do not affect their work and other daily activities and 51.6% rated their overall mental health as good.

Keywords: quality of life, peritoneal dialysis outpatient ESRD.

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL QUE RECIBEN DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA. HOSPITAL II ESSALUD TARAPOTO. JUNIO- NOVIEMBRE DE 2012.**

**CAPITULO I**

**INTRODUCCIÓN**

**1.1.- Caracterización y delimitación del problema:**

La Insuficiencia Renal Crónica representa uno de los principales problemas de salud pública; tanto por su elevada prevalencia como por su importante morbilidad cardiovascular, con todos los costes sociales y económicos que esto implica. (1)

En los últimos años en el mundo, la Insuficiencia Renal Crónica, ha afectado a 2 de cada 10.000 personas aproximadamente, se estima para los próximos diez años se duplique el número de pacientes que precisen tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante), aumentando progresivamente y en paralelo a la incidencia creciente de patologías como diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (2)

En el mundo son cerca de 500 millones las personas afectadas por esta enfermedad y las cifras siguen aumentando, de ahí que se hable de ella como "una de las epidemias del siglo XXI. Por ello la importancia de la evaluación de la calidad de vida, la misma que nos permite evaluar diferentes áreas de la vida del individuo, afectadas por la presencia de una enfermedad y usualmente no cuantificadas por los indicadores clásicos, brindando una mayor luz referente a la historia natural de la enfermedad. Además, puede aportar un conocimiento complementario a los puntos de interés clínico más habituales y duros, como suelen ser

clasificados los marcadores biológicos de uso corriente así como analizar la oportunidad de evaluar los modelos actuales de intervención. (1)

El número de pacientes con insuficiencia renal en diálisis o trasplante renal aumentó en los Estados Unidos a más del doble en 15 años, llegando de 209 000 casos el año 1991 a 472 000 en el 2006. Un 13% de la población americana vive con cierto grado de enfermedad renal. En el año 2003, el costo de la enfermedad renal ascendió a 27 billones de dólares, unos 60 000 dólares anuales por paciente. En Puerto Rico, 4 000 pacientes requieren diálisis en la actualidad y más de 1000 ya han sido sometidos a una operación de trasplante renal. (3)

La Sociedad Peruana de Nefrología (SPN) informó que el 40% de los casos de enfermedad renal crónica o insuficiencia renal que hay en el país se debe a la diabetes y afecta a uno de cada 10 adultos y muchos desconocen los factores de riesgo y que su avance es asintomático, además es la causa de diálisis, trasplante renal y más de la mitad de las personas que esperan un donante es por riñón. (4)

En el Perú, la insuficiencia renal no es reconocida como un problema de salud pública, existen pocos centros de salud que cuentan con la infraestructura necesaria para poder atender la creciente demanda de pacientes con insuficiencia renal, vale decir, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal no son procedimientos generalizados como terapia de reemplazo renal. En el territorio nacional existen 2,100 pacientes en tratamiento de hemodiálisis extracorpóreo, 180 pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPAC) y 20 pacientes con diálisis peritoneal intermitente (DPI). El 70% de estos procedimientos se realizan en Lima y el resto en otras ciudades del país. Estas cifras por supuesto, subestiman el número real de pacientes que necesitan de este tratamiento. Así, sólo la seguridad social, que comprende al 20% de la población, tiene cobertura en gran parte del país para hemodiálisis y cubre los costos derivados de ésta, mientras que el 80% restante

pertenece al Ministerio de salud, en donde sólo algunos hospitales de Lima tienen infraestructura para diálisis (cuyo costo económico es asumido por el paciente), quedando el resto del país sin este servicio. En el Perú el costo promedio de una sesión de hemodiálisis es 45 dólares y de la DPAC 45 dólares por día, montos asumidos solamente por la seguridad social. (4)

Esto configura una realidad compleja y difícil, donde la inadecuada accesibilidad a una terapia de reemplazo renal constituye el denominador común. Además, cuando hablamos de procedimientos agudos por cuadros descompensados, la falta de estos medios se hace más dramática. De esta manera al proponer terapias alternativas para enfrentar esta realidad, se tiene que tener en cuenta aspectos de costos, infraestructura y capacitación. (5)

La Diálisis Peritoneal ha sido utilizada de manera eficiente y rutinaria en el tratamiento de la falla renal aguda por más de 30 años, y como la gran mayoría de los pacientes se recuperan satisfactoriamente de su problema renal, no requieren de ningún programa dialítico para llevar a cabo una vida normal. El problema se presenta en esa gran cantidad de pacientes de diferentes edades portadores de una insuficiencia renal crónica, como consecuencia de enfermedades renales de diversa índole que padecieron con anterioridad, lo cual los lleva a alteraciones en la química sérica con detrimento progresivo y fatal en su calidad de vida. (5)

El término "Calidad de vida" fue admitido en el Index Medicus en 1977, ha sufrido numerosas modificaciones en los últimos años y ha adquirido un protagonismo creciente en todos los ámbitos de la vida humana. Es un concepto dinámico y por ello, distintos términos se han utilizado para hacer referencia a una misma idea. Así, calidad de vida, bienestar, satisfacción y felicidad suelen ser utilizados indistintamente; concepto y su desarrollo no se han presentado ni brusca ni fácilmente y su definición ha sido lenta y dificultosa. (6)

En Medicina, el interés por la calidad de vida es relativamente reciente. Este interés fue estimulado por el desarrollo del éxito en la prolongación de la vida humana y por la creciente comprensión de que ello puede representar un arma de doble filo, ya que los pacientes quieren vivir, no sobrevivir. La calidad de la supervivencia de las personas es a veces cuestionable, por lo que los debates como la eutanasia, el mantenimiento artificial de la vida y la propia definición de la muerte, están adquiriendo cada vez mayor importancia.(7)

Lo que importa en el siglo XXI es como se siente el paciente, en lugar de cómo creen los médicos que debería sentirse en función de las medidas clínicas. Las respuestas sintomáticas o las tasas de supervivencia ya no son suficientes para determinar la calidad de vida de los pacientes, en particular, cuando éstos son tratados por condiciones crónicas. La terapia debe ser evaluada en términos de si es más o menos probable conseguir una vida digna de ser vivida, tanto en términos sociales y psicológicos como en términos físicos. (6)

Los avances en el campo de la investigación médica y terapéutica a partir de la Primera Guerra Mundial, permitieron, junto con otros factores, un cambio profundo en la realidad de enfermar. Las enfermedades infecciosas dejaron de ser una amenaza para la vida humana, siendo las enfermedades crónicas las que comenzaron a ocupar un lugar considerable en los procesos patológicos del ser humano. Aún hoy, estas enfermedades no pueden ser eliminadas ni curadas, por lo que el tratamiento se dirige a lograr la mejoría funcional de los pacientes, mediante la reducción de los síntomas y/o el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad. (8)

Todo ello ocasionó un giro en la política sanitaria mundial, que manifestó un mayor interés por la salud que por la enfermedad, lo que culminó con la celebración de la Conferencia Internacional de Salud de Nueva York, en Julio de 1946, en la que se constituyó la OMS. En dicha conferencia se determinaron una serie de principios básicos para la



felicidad, las relaciones armónicas y la seguridad de todos los individuos. El primero de ellos fue la definición de salud, entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.” (9)

En los últimos años, el desarrollo de nuevas soluciones de diálisis peritoneal, más biocompatibles, ha dado lugar a una mejoría de la supervivencia tanto de los pacientes como de la propia técnica, al provocar menor inflamación.

La diálisis peritoneal mejora la calidad de vida de los pacientes: permite más autonomía, realizar el tratamiento en casa, más flexibilidad en la dieta y más conocimiento e implicación y además de las ventajas ya comentadas, la diálisis peritoneal “provoca menos mortalidad y morbilidad que la hemodiálisis en los primeros dos años, aunque los datos de supervivencia en ambas son similares a largo plazo” (11)

La presente investigación tiene como propósito fundamental determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II EsSalud del Distrito de Tarapoto; Provincia de San Martín, Departamento de San Martín, durante el periodo comprendido entre Junio – Noviembre del 2012.

El presente trabajo de investigación se realizará en el Distrito de Morales, específicamente en el policlínico del Hospital II EsSalud con los pacientes pertenecientes al programa de DIPAC durante el periodo de estudio. Se llevará a cabo en un periodo de 6 meses; junio – noviembre del 2012.

Por lo referido nos formulamos el siguiente problema de investigación.

## **1.2.- Formulación del problema**

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II EsSalud Tarapoto de junio a noviembre de 2012?

## **1.3.- Formulación De Los Objetivos:**

### **1.3.1.- Objetivo General:**

Determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II EsSalud Tarapoto Junio – Noviembre del 2012

### **1.3.2.- Objetivos Específicos:**

- Identificar las características socio demográficas de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua.
- Determinar la calidad de vida de los pacientes según los componentes de salud física: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal Y Salud General.
- Determinar la calidad de vida según los componentes de salud mental: Vitalidad, Función Social, Rol Emocional Y Salud Mental de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua.

## **1.4.- Justificación:**

La Insuficiencia Renal Crónica representa uno de los principales problemas de salud pública; tanto por su elevada prevalencia como por su



importante morbilidad cardiovascular, con todos los costes sociales y económicos que esto implica. (1)

En el territorio nacional existen aproximadamente 2,100 pacientes en tratamiento de hemodiálisis extracorpóreo, 180 pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPAC) y 20 pacientes con diálisis peritoneal intermitente (DPI). El 70% de estos procedimientos se realizan en Lima y el resto en otras ciudades del país. Estas cifras por supuesto, subestiman el número real de pacientes que necesitan de este tratamiento. Así, sólo la seguridad social, que comprende al 20% de la población, tiene cobertura en gran parte del país para hemodiálisis y cubre los costos derivados de ésta, mientras que el 80% restante pertenece al Ministerio de salud, en donde sólo algunos hospitales de Lima tienen infraestructura para diálisis (cuyo costo económico es asumido por el paciente), quedando el resto del país sin este servicio. (4)

En los últimos años, el desarrollo de nuevas soluciones de diálisis peritoneal, más biocompatibles, ha dado lugar a una mejoría de la supervivencia tanto de los pacientes como de la propia técnica, al provocar menor inflamación. (10)

La diálisis peritoneal mejora la calidad de vida de los pacientes: permite más autonomía, realizar el tratamiento en casa, más flexibilidad en la dieta y más conocimiento e implicación y además de las ventajas ya comentadas, la diálisis peritoneal “provoca menos mortalidad y morbilidad que la hemodiálisis en los primeros dos años, aunque los datos de supervivencia en ambas son similares a largo plazo”. (11)

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que se realizan diálisis peritoneal ambulatoria continua, permitirá tener una percepción global de la satisfacción en un determinado número de dimensiones claves, con énfasis particular en el bienestar del individuo, constituyendo los datos obtenidos un aporte en la

toma de decisiones y un indicador para la aplicación estrategias adecuadas en la gestión; ya que EsSalud atiende al 95% de pacientes con este diagnóstico a nivel Nacional, por lo que deseamos lograr una visión integral de numerosos desenlaces en esta patología, permitiendo así mejorar la calidad de atención y servicio que se brinde a los pacientes.

(1)

El presente trabajo fue viable por que se contó con el apoyo administrativo de la gerencia del Hospital II EsSalud Tarapoto y de los pacientes que se realizan DIPAC en mencionado establecimiento. La información obtenida de los pacientes fue de mucha importancia para la institución pues de acuerdo a los resultados se mejorara el servicio que se brindan a los pacientes; por tal motivo la recolección de la información de calidad de vida de los participantes en el estudio, se obtuvo en forma anónima respetando los valores, cultura y principios de cada paciente, contando con la asesoría de profesionales capacitados, y de los recursos necesarios para desarrollar nuestra investigación.

Para la elaboración de nuestros antecedentes hemos realizado la siguiente revisión bibliográfica:

En un estudio realizado en España por Seguí en el año 2010 al estudiar “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis” trabajando con una población de 115 pacientes mediante el cual se buscó Evaluar la CV y las características personales de pacientes con IRC y comparar con la población general. Aplicando el cuestionario genérico de la calidad de vida SF 36, obteniendo que: La edad media del estudio es de 62,12 años en un rango comprendido entre 18 y 90 años. Predominan los varones con un 53,1%. El 66,7% están casados, unos 60,4% jubilados y el 88,6% viven acompañados y concluyó que la calidad de vida en pacientes con IRCT, es peor que la población de referencia en todas las dimensiones. (10)

Sanz, realizó un estudio en la ciudad de Madrid - España en el año 2006 sobre "Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica. Influencia de la intervención precoz del nefrólogo y de la consulta prediálisis" ; donde trabajo con una población de 171 pacientes, con lo que buscó analizar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica antes de ser dializados y la influencia que la intervención del nefrólogo y la asistencia en una consulta prediálisis puede tener sobre la calidad de vida de los mismos; para lo cual aplicó cuestionario genérico de la calidad de vida SF 36, encontrando que La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la fase previa al comienzo del tratamiento con diálisis, es muy inferior a la de la población de referencia, incluso después de ajustar por edad y sexo, no hay diferencias en la calidad de vida de estos pacientes en función del mayor o menor tiempo en que fueron controlados por un nefrólogo, salvo en el caso de la Salud General, que es significativamente superior en los pacientes que fueron enviados tardíamente al nefrólogo. (27)

En el estudio realizado por Hinojosa, en la ciudad de Arequipa, en el año 2006 sobre "evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica" donde trabajo con una población de 136 pacientes mediante el cual busco determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustituto en: hemodiálisis, DIPAC i/o trasplante renal para lo cual aplico el cuestionario genérico de la calidad de vida SF 36, encontrándose en promedio una apreciación de buena calidad de vida. Independientemente del modelo de atención en tanto que la percepción de la salud general informada por estos pacientes con respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermar, es regular a baja. (1)

A nivel regional y local no se encontraron antecedentes bibliográficos sobre las variables de estudio, motivo por el cual

consideramos que el presente proyecto de investigación adquiere mayor relevancia.

Como base teórica en la cual se sustenta nuestra investigación hemos considerado necesario rescatar lo siguiente:

### **Insuficiencia renal:**

La insuficiencia renal (o fallo renal) es la condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente. Fisiológicamente, la insuficiencia renal se describe como una disminución en la filtración de la sangre tasa de filtración glomerular (TFG). Clínicamente, esto se manifiesta en una creatinina del suero elevada. (12)

Todavía no se entienden bien muchos de los factores que influyen en la velocidad con que se produce la insuficiencia renal o falla en los riñones. Los investigadores todavía se encuentran estudiando el efecto de la proteína en la alimentación y las concentraciones de colesterol en la sangre para la función renal. (12)

La insuficiencia renal se divide en dos categorías:

- Insuficiencia renal aguda: pérdida repentina de la función renal
- Insuficiencia renal crónica: pérdida lenta y gradual de la función renal

### **La insuficiencia renal aguda:**

La **insuficiencia renal aguda (IRA)** es una pérdida rápida de la función renal debido al daño a los riñones, resultando en la retención de los productos residuales nitrogenados, (urea y creatinina), como también los no nitrogenados, acompañado por una disminución de la tasa de

filtrado glomerular (TFG). Dependiendo de la severidad y de la duración de la disfunción renal, esta acumulación es acompañada por disturbios metabólicos, tales como acidosis metabólica (acidificación de la sangre) y la hiperpotasemia (niveles elevados de potasio), cambios en el balance de fluido corporal, y efectos en muchos otros sistemas orgánicos. Puede ser caracterizada por la oliguria o anuria (disminución o cesación de la producción de la orina), aunque puede ocurrir la *IRA no oligúrica*. (12)

El fallo renal agudo es una enfermedad seria y es tratada como una emergencia médica. La mayor parte de las IRA son reversibles, puesto que el riñón destaca, entre todos los órganos vitales, por su capacidad de recuperarse de una pérdida casi completa de la función. (12)

La insuficiencia renal aguda aparece en aproximadamente 2-3% de todos los pacientes hospitalizados y entre 10-30% de los pacientes ingresados a cuidados intensivos.(2) Por lo general se presenta de forma aislada, aunque suele verse acompañada como parte de disfunción orgánica múltiple, es decir, de insuficiencia de otros órganos, tales como respiratorio, gastrointestinal, cardiovascular, hepática, etc. No es infrecuente que la enfermedad renal aguda sea complicación de una enfermedad grave. (12)

### **La insuficiencia renal crónica:**

La insuficiencia renal crónica (IRC), enfermedad en la que se presenta una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, y para mantener el equilibrio homeostático en los pacientes, se requieren medidas como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el trasplante renal. (1)

### **Causas**

Existen muchas condiciones que dañan los riñones; sin embargo, entre las causas más frecuentes está la diabetes que es la causa principal

de esta alteración, ya que es una enfermedad crónica en donde no se produce suficiente insulina para ayudar a degradar la glucosa (azúcar) en la sangre, entonces las grandes cantidades de glucosa actúan como un veneno que daña los filtros y las arterias del riñón. (13)

El aumento de la presión sanguínea (hipertensión) es la segunda causa que favorece la insuficiencia renal crónica, ya que daña los filtros y las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón. (13)

Otras causas de insuficiencia renal crónica incluyen:

- Glomerulonefritis: un grupo de enfermedades que causan inflamación y daño a los filtros del riñón.
- Daño o lesiones directas en el riñón
- Infección renal o infecciones urinarias repetidas
- Lupus y otras enfermedades que afectan el sistema inmunológico del organismo
- Ciertos medicamentos y venenos
- Uso prolongado de ciertos analgésicos (medicamentos para quitar el dolor) (13)

### **Factores de riesgo**

Aunque cualquier persona y a cualquier edad puede desarrollar insuficiencia renal crónica, existen ciertos factores de riesgo identificados que favorecen la aparición de alteraciones renales:

- Diabetes
- Hipertensión
- Enfermedades del corazón
- Antecedentes familiares de enfermedad renal
- Edad
- Raza. (13)



## Síntomas

En general es una enfermedad silenciosa, la mayoría de las personas no presentan síntomas al comienzo, pero cuando la función renal ha avanzado puede haber:

- Dolor de cabeza frecuente
- Fatiga
- Comezón en todo el cuerpo

Si el deterioro renal persiste, además pueden presentarse otros síntomas debido a que el cuerpo es incapaz de autolimpiarse de los productos de desecho y el exceso de agua, (esta alteración es conocida como uremia):

### Orina frecuente

- Hinchazón en piernas, tobillos, pies, cara o manos
- Sensación de sabor metálico en la boca
- Náusea y vómito
- Pérdida del apetito
- Acortamiento de la respiración
- Sensación de frío
- Alteraciones en la concentración
- Mareo
- Dolor de piernas o calambres musculares. (13)

## Diagnóstico

Debe hacerse una evaluación física minuciosa. También son útiles los estudios de imagen como la tomografía computada, la pielografía intravenosa (estudio para evaluar las características de los riñones y el sistema de drenaje) y la angiografía (inyección de un líquido que permite evaluar las arterias que nutren al riñón). (13)

Debido a que hay pocos síntomas en los inicios de la enfermedad, el diagnóstico depende de las pruebas de laboratorio. Para ello es necesario reconocer ciertas anormalidades o “marcadores” renales como la presencia de proteínas en la orina y disminución de la función renal por más de tres meses. Se utilizan varias pruebas diagnósticas para determinar el funcionamiento de los riñones. Algunas de estas pruebas son:

- Creatinina. Es un producto de desecho que produce el organismo cuando convierte alimentos en energía y como resultado de la actividad muscular normal. Los riñones filtran la creatinina de la sangre y la desechan a través de la orina, en la enfermedad renal crónica se observan niveles altos de creatinina.
- Tasa de filtración glomerular. Mide la tasa en la que los riñones filtran la sangre y se considera una excelente medida de la función renal.
- Pruebas de orina. Puede detectarse la presencia de células rojas o blancas en la orina, lo que es un signo de la función renal.
- Microalbúmina. Esta prueba se utiliza para detectar en la orina pequeñas cantidades de una proteína llamada albúmina. (13)

### **Tratamiento**

El control de la presión arterial es importante para limitar el daño a los riñones así como la protección contra ataques cardíacos y eventos vasculares. Es importante el control de los niveles de azúcar en los individuos con diabetes. La modificación de la dieta así como el menor consumo de proteínas y sal, pueden ser útiles para disminuir los síntomas de la enfermedad renal. Como la anemia es frecuente en personas con insuficiencia renal crónica es importante la administración de medicamentos que aumenten la cantidad de células rojas en la sangre. (13)



La diálisis es un proceso que sustituye a los riñones para filtrar la sangre y quitar los productos de desecho. Las personas con insuficiencia renal requieren de este procedimiento para poder vivir. La hemodiálisis es otro método para filtrar la sangre. La diálisis peritoneal consiste en la colocación de un tubo en la cavidad abdominal para filtrar los desechos de la sangre. (13)

También en personas con insuficiencia o daño renal el trasplante de riñón es una opción de tratamiento. (13)

**DIÁLISIS** es un proceso mediante el cual se extraen las toxinas que el riñón no elimina ya sea que no funcionen por una infección o por algún otro factor que no se haya determinado. (14)

En medicina, la diálisis es un tipo de terapia renal sustitutiva usada para proporcionar un reemplazo artificial para la función perdida del riñón debido a una falla renal. Es un tratamiento de soporte vital y no trata ninguna de las enfermedades del riñón. La diálisis puede ser usada para pacientes muy enfermos que han perdido repentinamente su función renal (falla renal aguda) o para pacientes absolutamente estables que han perdido permanentemente su función renal (enfermedad renal en estado terminal). Cuando son sanos, los riñones extraen los productos de desecho de la sangre (por ejemplo potasio, ácido, y urea) y también quitan exceso de líquido en forma de orina. Los tratamientos de diálisis tienen que duplicar ambas funciones, eliminación de desechos (con diálisis) y eliminación de líquido (con ultrafiltración). (14)

## **Tipos**

Hay dos tipos principales de diálisis, de hemodiálisis y de diálisis peritoneal. La hemofiltración no es en sentido estricto un tratamiento de diálisis, pero es extremadamente similar. Otro tipo de diálisis que se está usando es la hemofiltración. (14)

## Hemodiálisis

En hemodiálisis, la sangre del paciente se pasa a través de un sistema de tuberías (un circuito de diálisis), vía una máquina, a una membrana semipermeable, (el dializador) que tiene líquido de diálisis corriendo en el otro lado. La sangre limpiada es entonces retornada al cuerpo vía el circuito. La ultrafiltración ocurre aumentando la presión hidrostática de la sangre en el circuito de diálisis para hacer que el agua cruce la membrana bajo un gradiente de presión. El proceso de la diálisis es muy eficiente, permitiendo que el tratamiento sea ejecutado intermitentemente, generalmente tres veces por semana, pero a menudo volúmenes bastante grandes de líquido deben ser eliminados en una sesión que a veces puede ser exigente para el paciente y su familia. (14)

En la diálisis peritoneal, una solución estéril especial corre a través de un tubo a la cavidad peritoneal, la cavidad abdominal alrededor del intestino, donde la membrana peritoneal actúa como membrana semipermeable. El líquido se deja allí por un período para absorber los residuos, y después se quita a través del tubo vía un procedimiento estéril. Esto generalmente se repite un número de veces durante el día. En este caso, la ultrafiltración ocurre vía ósmosis, pues la solución de diálisis se provee en varias fuerzas osmóticas para permitir un cierto control sobre la cantidad de líquido a ser eliminado. El proceso de diálisis, en este caso, es menos eficiente que en la hemodiálisis, pero el proceso de ultrafiltración es más lento y suave y es realizado en el lugar de habitación del paciente. Esto les da más control sobre sus vidas que una opción de diálisis basada en un hospital o clínica. (14)

La hemofiltración es un tratamiento similar a la hemodiálisis, pero en este caso, la membrana es mucho más porosa y permite el paso de una cantidad mucho más grande de agua y solutos a través de ella. El líquido que pasa a través de la membrana (el filtrado) es desechado y la sangre restante en el circuito tiene sus deseados solutos y volumen fluido

reemplazado por la adición de un líquido especial de hemofiltración. Es una terapia continua y lenta con sesiones que duran típicamente entre 12 y 24 horas, generalmente diariamente. Esto, y el hecho de que la ultrafiltración es muy lenta y por lo tanto suave, la hace ideal para los pacientes en unidades de cuidado intensivo. (14)

La hemodiafiltración es una combinación de hemodiálisis y hemofiltración, en ella es incorporado un hemofiltro a un circuito estándar de hemodiálisis. La hemodiafiltración se comienza a usar en algunos centros de diálisis para la terapia crónica de mantenimiento. (14)

La decisión para iniciar diálisis o hemofiltración en pacientes con insuficiencia renal puede depender de varios factores, que se pueden dividir en indicaciones agudas o crónicas. (14)

#### **DPCA (DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA)**

La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) es una modalidad de diálisis que consiste en eliminar de la sangre todos los desechos y el exceso de agua, utilizando como filtro la membrana peritoneal. Este tipo de diálisis se vale de la membrana que cubre la cavidad peritoneal para limpiar la sangre. El líquido de la diálisis siempre se encuentra dentro del peritoneo limpiando la sangre en forma continua, esta modalidad permite al paciente realizar sus actividades y moverse libremente. Para realizar este procedimiento, cada cambio, utiliza la gravedad para drenar el fluido del peritoneo y reemplazarlo con solución nueva (15)

#### **DPCA significa:**

**Diálisis:** su sangre se filtra y se depura, eliminando los residuos y el exceso de agua. Durante este tratamiento la sangre no sale del organismo. El proceso de diálisis ocurre dentro del cuerpo. (15)

**Peritoneal:** hace referencia al peritoneo, una membrana del abdomen. La membrana peritoneal actúa como un filtro que elimina los residuos de la sangre. Los residuos y el líquido sobrante llegan hasta la solución de diálisis y se eliminan vaciando la solución en la bolsa de drenaje. (15)

**Continua:** la DPCA es continua porque el proceso de diálisis no termina. Debido a que funciona prácticamente igual que los riñones, es un proceso muy natural. La DPCA limpia la sangre constantemente mientras haya líquido de diálisis en la cavidad peritoneal. Con la DPCA, la sangre se dializa las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (15)

**Ambulatoria:** "ambular" significa "ir de un lugar a otro". La DPCA es ambulatoria porque el paciente no está conectado a una máquina para el tratamiento. La diálisis tiene lugar todo el tiempo, de día y de noche, mientras está activo y mientras duerme. (15)

La Diálisis Peritoneal Ambulatoria continua es en esencia un sistema dialítico portátil que para muchos pacientes es un símbolo de libertad a pesar de las precauciones que deben tenerse. (16)

Este método implica la presencia continua de una solución dialítica en la cavidad peritoneal con excepción de los períodos de drenaje e instilación de la solución que se hace generalmente de tres a cinco veces por día y de acuerdo a las actividades de cada paciente. (16)

Las soluciones dialíticas disponibles comercialmente son soluciones electrolíticas libres de potasio con concentraciones de glucosa al 1.5% y al 4.25%. Como el paciente es portador de un catéter en su cavidad peritoneal, es por lo tanto, la peritonitis el mayor problema; pero a medida que se avance en los progresos técnicos y en un mejor entrenamiento de los pacientes, la frecuencia de este tipo de accidente debe ir disminuyendo; igualmente podemos decir que existen otros factores no

deseables en los pacientes bajo este sistema, como son el aumento de peso corporal debido a la alta captación calórica en relación a la infusión continua de glucosa, la pérdida de proteínas y demás molestias como dolor abdominal, dolor lumbar e hipotensión postural. (16)

Pero en general, estos aspectos en relación con los beneficios hacen que valga la pena tenerse en cuenta; la mayoría de los pacientes describen un incremento en la sensación de bienestar, aumenta su energía y apetito y además sus restricciones dietéticas son mínimas; no requiere anticoagulación, el paciente puede hacer sus recambios sin necesidad de ayuda y en cualquier parte, previo período corto de entrenamiento; el costo es también significativamente más bajo que la hemodiálisis y la D. P. I.; no tiene pérdidas sanguíneas, ejerce un buen control de los desórdenes metabólicos inducidos por la insuficiencia renal crónica; y además, se ha reportado aumento en las cifras de hemoglobina como también disminución en las cifras tensionales e incluso control sin necesidad de agentes antihipertensivos; ya investigadores han sugerido que existe remoción de sustancias de peso molecular intermedio (6,7) que serían las causantes de dichas alteraciones; todo esto debe unirse a que el individuo es capaz de llevar una vida libre y sin restricciones tanto en su ambiente familiar como social y sobre todo es un buen método a escoger si se espera una solución definitiva (Trasplante renal) al problema de base. (16)

## **PASOS PARA LA DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA**

**La diálisis peritoneal ambulatoria continua** es una de las opciones de tratamiento disponible para retirar los productos de desecho y el exceso de líquido de la sangre cuando los riñones ya no funcionan adecuadamente. Existen varias formas de **diálisis** disponibles para los pacientes. La DP usa su propio **peritoneo** – una membrana natural que cubre los órganos del abdomen y reviste las paredes abdominales. Esta

membrana actúa como un filtro. El peritoneo es una membrana porosa que permite que se filtren de la sangre las toxinas y el líquido (17).

Para llevar a cabo este tratamiento, se debe crear un acceso permanente de DP a la **cavidad peritoneal**.

En general, esto requerirá un procedimiento quirúrgico para insertar un tubo blando y pequeño llamado **catéter**. Usualmente, este es un procedimiento ambulatorio que incluye anestesia local y un sedante intravenoso (IV). Se colocará un apósito estéril que deberá permanecer durante cinco o siete días. Su enfermera DP cambiará el apósito durante todo su programa de capacitación DP. El proceso de curación tomará de dos a tres semanas aproximadamente. (17)

Durante el procedimiento se inserta un catéter a través de la pared abdominal al interior de la cavidad peritoneal. El área donde se extiende el catéter desde el abdomen se llama orificio de salida.

Una parte del catéter permanece fuera del abdomen y bajo su vestimenta, proporcionando un medio para sujetar las bolsas de líquido de diálisis (dializante). Su enfermera DP le enseñará una rutina sencilla para la limpieza y cuidado del orificio de salida del catéter. (17)

Al recibir el tratamiento DP, el dializante fluye dentro de la cavidad peritoneal a través del catéter. La solución permanecerá en la cavidad por varias horas. Durante este tiempo, los productos de desecho y el exceso de líquido pasan de la sangre hacia la cavidad peritoneal. Luego de completar el tiempo de permanencia (periodo en que la solución de diálisis permanece en su abdomen), se drena la solución de la cavidad. Entonces usted llena la cavidad con una nueva solución y el proceso empieza nuevamente. Este proceso se llama **intercambio**. Cada vez que realice un tratamiento usted usará un nuevo juego desechable. Recuerde que cualquier procedimiento quirúrgico o invasivo conlleva la posibilidad de infección; por lo tanto, debe seguir las técnicas apropiadas para llevar



a cabo sus tratamientos. Los diferentes tipos de DP tienen diferentes horarios de intercambio. Algunos tratamientos DP se hacen durante el día mientras que otros se hacen por la noche. (17)

El medico es quien indica cuántos intercambios debe hacer cada día, así como la cantidad y tipo de líquido de diálisis que debe usar.

Se necesita espacio en casa para almacenar las provisiones DP. El despacho de las bolsas de soluciones se programa normalmente una vez al mes. Estas provisiones se deben almacenar en un área limpia y seca. (17)

Esta independencia hace particularmente importante que el paciente trabaje estrechamente con su equipo de atención médica: su nefrólogo, enfermera de diálisis, nutricionista y trabajador social. El miembro más importante de su equipo de atención médica es el propio paciente (17)

### **Calidad de vida**

La calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional cuya definición es polémica, algunos autores consideran que comprende tres dimensiones la física, la psicológica y la social (1).

Cuando el concepto de calidad de vida, dentro de su multidimensionalidad, se toma desde el punto de vista de la salud, puede hablarse de dos factores:

- 1.- Él directamente relacionado con la salud, que constituye lo que se denomina "Calidad de vida relacionada con la Salud".
- 2.- Él no directamente relacionado con ella o factor no médico, constituido por la familia, la amistad, las creencias religiosas, el trabajo, los ingresos y otras circunstancias de la vida.

Estos dos factores se hallan relacionados ya que la enfermedad y el deterioro no sólo afectan el área física, sino que también repercuten sobre el estado psicológico del individuo, su nivel de independencia y sus

relaciones sociales. Los aspectos no médicos también pueden influir sobre la salud, como un entorno inadecuado, aunque esos factores se encuentren fuera del objeto de la salud o la medicina (6)

Igual que ocurre con el concepto de calidad de vida, no existe aún, una definición operativa y universal de calidad de vida relacionada con la salud, por lo que a menudo, se utilizan términos como “salud”, “estado funcional” y “calidad de vida relacionada con la salud” como sinónimos y aunque son conceptos interrelacionados, no son sinónimos ni intercambiables (18).

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere, a cómo el paciente percibe y reacciona frente a su estado de salud, a los aspectos de la vida que pueden ser atribuidos a la enfermedad y a su terapéutica, por tanto, a todos los aspectos de la vida de un individuo que están influidos por su salud (18)

Es decir, puede ser definida como el efecto funcional de una enfermedad y su tratamiento en un paciente, tal y como es percibido por él mismo. El estado funcional sería la consecuencia objetiva del estado de salud, mientras que la calidad de vida relacionada con la salud sería su consecuencia subjetiva (6)

Patrick y Erikson, interpretan el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, como un continuo dentro de una escala de bienestar, que cubre aspectos como satisfacción, percepción de la salud general, bienestar psicológico y físico, limitación de roles, enfermedad y muerte. (19)

Para Bech, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, se refiere al bienestar subjetivo del paciente, dentro del contexto de su enfermedad, accidente o tratamiento y considera que el interés por el estudio de la calidad de vida, fue estimulado por Lindón B. Johnson



(presidente de USA 1963-1969) en un mitin político en Madison Square Garden el 31 de Octubre de 1964, en que señaló “que los objetivos no debían ser medidos en términos económicos, sino en términos de calidad de vida o bienestar alcanzado por las gentes” (20).

Bousoño, subraya el interés de la OMS por la calidad de vida en su llamamiento mundial para la promoción de la salud en 1978. En él, se consideraba la salud, como uno de los índices indiscutibles del desarrollo y calidad de vida de una sociedad. Este interés de la OMS, encuentra su máxima expresión en sus últimas recomendaciones, en las que considera un enfoque más global de la salud, que contempla no sólo los aspectos físicos, sino también las repercusiones de éstos sobre el resto de las áreas de la vida de los pacientes, buscando en definitiva, un cuadro más completo de la naturaleza de la enfermedad. (20)

La OMS ha definido 5 grupos prioritarios para hacer una evaluación de carácter internacional del nivel de calidad de vida:

- 1.- Pacientes con enfermedades crónicas.
- 2.- Cuidadores informales (normalmente familiares) que cuidan a personas con enfermedades crónicas y discapacidades.
- 3.- Sujetos que viven situaciones altamente estresantes, como son los enfermos mentales o ancianos institucionalizados.
- 4.- Sujetos vulnerables, difíciles de evaluar y tratar debido a la naturaleza de su deterioro, como aquellos con problemas del aprendizaje o con deterioro de la visión, audición o habla.
- 5.- El último grupo corresponde a los niños, en el que tradicionalmente los estudios se basaban en informantes más que en los propios niños. (6)

### **Dimensiones de la calidad de vida:**

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la **calidad de vida relacionada con la salud**. Las dos dimensiones que global e

integralmente comprenden la calidad de vida son: (1)

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. (1)
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. (1)

Después de una amplia revisión de la literatura, en relación al concepto calidad de vida, La OMS en 1994 propuso la presente definición: Calidad de Vida es *“la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.”* (1)

La Calidad de Vida referida a sujetos enfermos, Chwalow pone énfasis en la integración de la enfermedad a la vida cotidiana del paciente, y en el grado de satisfacción de éste con su condición actual, sin tomar en cuenta la opinión del médico o la de otros profesionales de la salud. (1)

Es importante no confundir la Calidad de Vida con la salud, puesto que, aunque sus evaluaciones se complementan, son de naturaleza esencialmente diferente. (1)

Para Leplège y Pouchot toda situación patológica interfiere de manera particular con la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades. La Calidad de Vida guarda una relación directa con la medida en que dichas necesidades son satisfechas. (1)

Otros autores como Aaronson, Calman, Flanagan, Padilla, y Schipper coinciden en afirmar que la Calidad de Vida abarca cuatro dominios esenciales: el bienestar físico (autonomía y capacidad física), las molestias somáticas (síntomas a causa de la enfermedad y del tratamiento), el estado psicológico (emoción, ansiedad y depresión) y los problemas de las relaciones sociales (familiares y profesionales), lo cual implica considerar de modo independiente las molestias somáticas, de la esfera física. (1)

Las personas suelen asociar la enfermedad neoplásica, quizás más que cualquier otra enfermedad grave, con el temor a la muerte, la lesión corporal y la pérdida de la autonomía. (1)

Estos son factores que conducen a una reducción de las fuentes positivas de la Calidad de Vida y a un notable incremento de la ansiedad, la incertidumbre ante el futuro y otros estados de malestar, La morbilidad psicosocial se define como el trastorno emocional que surge en diversas etapas de la vida del paciente después que se ha diagnosticado la enfermedad. (1)

De igual modo, los problemas en el desempeño de roles sociales importantes, por ejemplo, el laboral, pueden igualmente tener un amplio efecto sobre el bienestar del individuo. (1)

Es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura y las escalas de valores. (1)

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud favorece un mejor conocimiento de la historia natural de las enfermedades y del impacto global de las mismas en los enfermos, complementando a los indicadores

clásicos de mortalidad y morbilidad; además facilita la comparación de estrategias de intervención terapéutica en el contexto de ensayos clínicos o de estudios epidemiológicos. (1)

En la literatura se pueden hallar una variedad de términos relacionados:

Estos términos son estado de salud (*health status*), bienestar (*well-being*), y estado funcional (*functional status*). Si bien los mismos fueron utilizados como sinónimos, y en algunos casos todavía se usan de este modo, sus definiciones son, en verdad, distintas.

El estado de salud, término derivado directamente del de salud, fue definido por Marilyn Bergner según cinco dimensiones que corresponden a:

1. Características genéticas o hereditarias (estructura básica que sustenta a las restantes);
2. Características bioquímicas, anatómicas y fisiológicas de un individuo (asociadas con la enfermedad, la disminución, la incapacidad y el *handicap* - o desventaja);
3. Estado funcional (actividades de la vida cotidiana);
4. El estado mental (percepción de la salud y el estado de ánimo);
5. Potencial de salud individual (refiere a la longevidad y al pronóstico de las enfermedades y de las incapacidades). (1)

Este término fue definido de un modo más directo y sintético por otros autores que lo consideran como el componente de salud de la calidad de vida. (1)

El estado funcional (*functional status*) hace referencia a la evaluación de capacidades y discapacidades, y adquirió impulso como para establecer criterios de inclusión en ensayos clínicos. (1)

Sus instrumentos de evaluación se caracterizan por su brevedad, su especificidad y por su subjetividad. El estado de bienestar (*well-being*) hace referencia a la percepción general del paciente sobre su salud o sobre su enfermedad, sin discriminar los distintos aspectos que lo determinan. (1)

El término calidad de vida corresponde a un concepto más amplio que los anteriores y sus distintas definiciones coinciden en la importancia que se le asigna al concepto de multidimensionalidad. Hörnquist, por ejemplo, define a la calidad de vida como la “percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con un énfasis particular en el bienestar del individuo”. (1)

En el marco de un modelo teórico explicativo de la calidad de vida, Wilson y Cleary resaltan otra de las características sobre las que hay acuerdo: la importancia del bienestar en tanto percepción individual. Según otros autores, la falta de acuerdo en la definición de la calidad de vida se pone de manifiesto en la falta de coincidencia en el contenido material y en la metodología referida en los ensayos clínicos donde se utiliza este término. (1)

Esta ausencia de consenso en una definición constituye la tercera característica de la calidad de vida, motivo de controversia aún en la actualidad, si bien la definición de la OMS es cada vez más ampliamente aceptada. (1)

La Calidad de Vida Relacionada a la Salud es un concepto que involucra a todos los anteriores (salud, estado de salud, estado funcional y calidad de vida) y que agrupa elementos tanto propios (físicos y mentales) como externos al individuo, que interactúan con él pudiendo modificar su estado de salud. (1)

Una definición breve, y muy útil desde el punto de vista operativo, es la de Boer que se refiere al estudio de la Calidad de Vida Relacionada

a la Salud como a la evaluación de los “efectos que una enfermedad y su tratamiento ocasionan en la vida de los pacientes”. (1)

Sin embargo, con frecuencia cada vez mayor, médicos y administradores de salud ponen en duda la justificación del tratamiento y sobre todo la calidad de vida que se les brinda a los insuficientes renales, en parte por el alto costo que genera en los sistemas de salud, así como su repercusión en el campo laboral. Resulta de carácter imperativo en la presente investigación ver no solo como objeto de estudio sino como sujetos de investigación. (1)

Por estas razones, resulta trascendente el análisis de los distintos enfoques, para determinar cual es la calidad de vida que se les brinda a estos pacientes, sometidos a las distintas modelos de intervención. (1)

La literatura aborda la calidad de vida no sólo desde el punto de vista teórico, sino investigativo; por ello nos propusimos la tarea de profundizar en este tema, que nos parece útil y actual. Pretendemos hacer un llamado a los profesionales de la salud sobre este concepto y sus instrumentos de medición, que les permita ampliar el pensamiento médico-científico y obtener conocimientos profundos en las evaluaciones clínico-terapéuticas (1)

El interés por la calidad de vida siempre ha existido, la idea comenzó a popularizarse en la década del sesenta, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como, salud, educación, economía, la política y el mundo de los servicios en general. (22)

Como podemos apreciar el término Calidad de Vida no es relativamente nuevo, sus orígenes los encontramos en los métodos de control de calidad utilizados en los países industrializados, por los años



treinta y cuarenta se desarrollaron técnicas estadísticas para determinar la calidad de los productos elaborados. Más adelante economistas y sociólogos se preocuparon de identificar índices que hicieran posible evaluar la calidad de vida de los seres humanos y sociedades; como vemos sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. (22)

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus expectativas, normas y preocupaciones. Este es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. (23)

Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización experimentada por la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos. A partir de las Ciencias Sociales, se inicia el desarrollo de los indicadores sociales. Estos indicadores tuvieron su propia evolución en un primer momento considerando condiciones objetivas y muy posteriormente condiciones subjetivas (24)

La inclusión del término calidad de vida a mediados de los 70 con un carácter multidimensional , que abarca todas las áreas de la vida, se difundió o cristalizó, en la primera revisión monográfica sobre el tema publicada en Social Indicators Research, en 1974 y en el Sociological Abstracts 1979, contribuyendo a su difusión teórica y metodológica, y así en la década de los 80 se inició el despegue definitivo del uso de ésta expresión (Conhabit Setop, 1976).en 1982 Galopin realizo una revisión acerca de la evolución del concepto calidad de vida, señala las distintas

concepciones enunciadas por diferentes autores entre ellos; Maslow 1970-1971, Mallmann 1978-1979, Galting 1978, Hankiss 1978, Nudler 1979, Smith 1980, Herrera 1982, postulando un cierto consenso , en cuanto a que la calidad de vida está relacionada con las necesidades humanas , y que la evaluación de la calidad de vida tendría que hacerse en términos objetivos, relacionada con las necesidades del individuo. (24)

La encuesta SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (> de 14 años de edad). El Cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992. El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994. (25)

El cuestionario sf-36v2 ha sido utilizado y validado en mas de 76 países del mundo, incluyendo países hispanos, como Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú. (25)

El diseño del SF –36 incluye preguntas capaces de evaluar un espectro del estado de salud en un rango de estados desde “menos sanos” y “más sanos” de los encuestados. Actualmente, por su utilidad y simpleza, el cuestionario SF-36 es el más usado en estudios de estado de salud a nivel mundial. Esta encuesta contiene 36 preguntas o ítems ,los cuales miden los atributos de 8 conceptos ó dimensiones ó escalas de salud. En el cuadro 1 se presenta una descripción de los 8 conceptos o Escalas de salud evaluados por SF-36. (25)

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. (26)



Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de cumplimentación es de 10 a 20 minutos. (25)

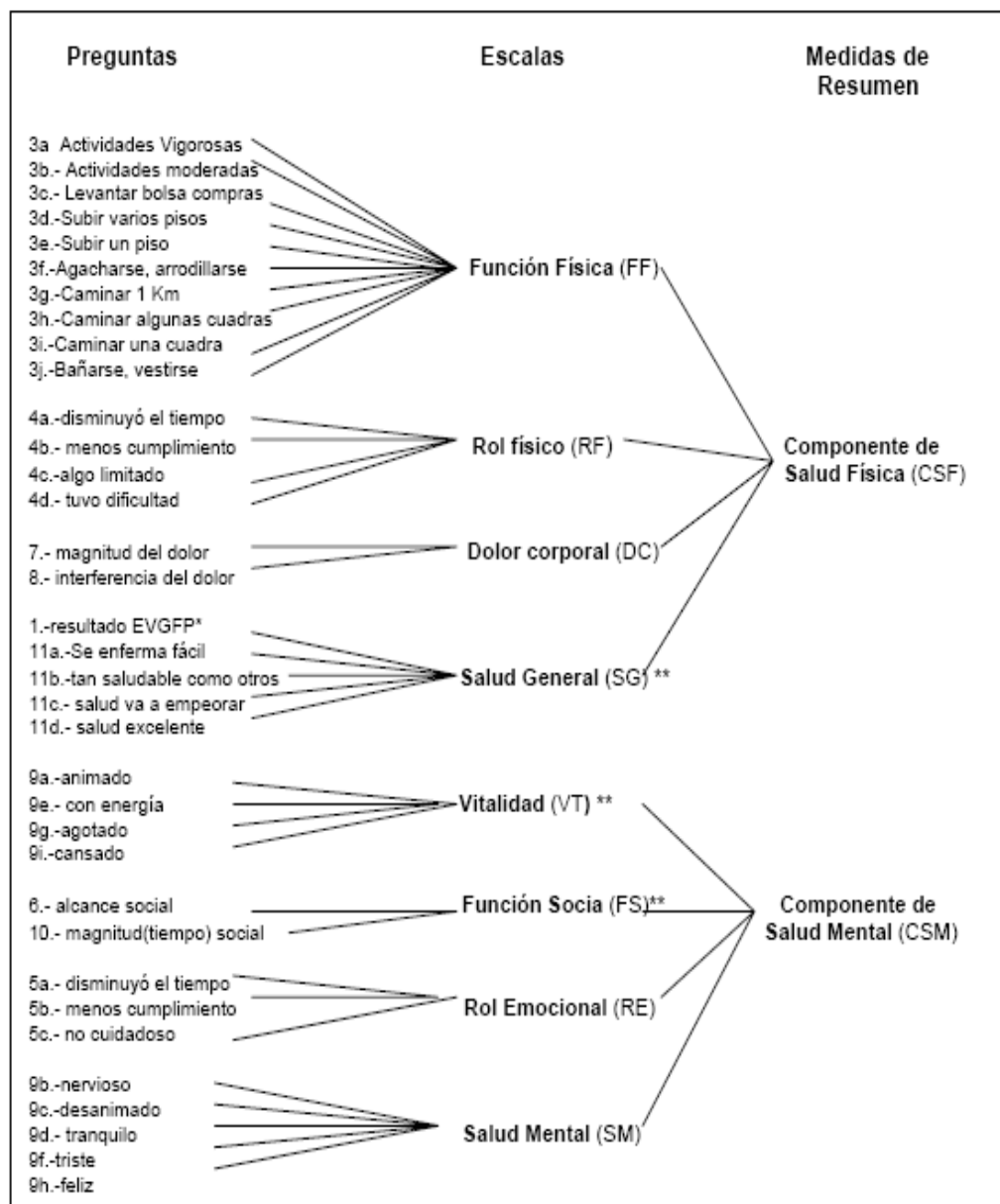
Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones: Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal -intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (2), Salud General (6).

Las opciones de respuesta se obtendrán según escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscilará entre tres y seis, dependiendo del ítem.

Los ocho conceptos de salud (dimensiones) determinados en este cuestionario se resumen en la siguiente tabla: (25)

**CUADRO: N° 1**

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<b>Función física</b>	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
<b>Rol físico</b>	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
<b>Dolor corporal</b>	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
<b>Salud general</b>	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
<b>Vitalidad</b>	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
<b>Función social</b>	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
<b>Rol emocional</b>	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
<b>Salud mental</b>	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.



Fuente: traducido de Ware JE, Kosinski M, Keller SD.1994

## Cálculo de las puntuaciones

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental.

Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

Se recomienda que tanto la recodificación de ítems como la puntuación de las escalas se hagan en un ordenador utilizando los algoritmos de puntuación documentados o el software disponible. (25)

## **1.5.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:**

### **1.5.1.- Hipótesis De Investigación**

La calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II EsSalud Tarapoto alcanza un promedio de apreciación de buena calidad.

## **1.6.- Sistemas De Variables:**

### **1.6.1.- Identificación De Variables:**

**Variable única:** Calidad de vida en la diálisis peritoneal ambulatoria continúa

### 1.7.- Operacionalización De Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
calidad de vida en diálisis peritoneal ambulatoria continuá	Calidad de Vida es <i>“la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.”</i>	Identificación de la calidad de vida según componentes de salud identificado por el instrumento SF – 36 v2	COMPONENTE DE SALUD FÍSICA :  Función Física (FF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades Vigorosas: correr, levantar objetos pesados</li> <li>• Actividades moderadas, (mover una mesa)</li> <li>• Levantar o cargar las compras del mercado</li> <li>• Subir <b>varios</b> pisos por la escalera</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subir un piso por la escalera</li> <li>• Doblarse, arrodillarse o agacharse</li> <li>• Caminar más de una milla</li> <li>• Caminar varias cuadras (varios cientos de metros)</li> <li>• Caminar una cuadra (unos cien metros)</li> <li>• Bañarse o vestirse</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades</li> <li>• Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado</li> </ul>
--	--	--	--	---

Rol físico (RF)



			dolor corporal (DC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades</li> <li>• Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades</li> <li>• ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?</li> </ul>
			Salud General (SG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?</li> <li>• En general, ¿diría que su salud es?: [Marque con una "x" la casilla que mejor</li> </ul>



			<p><b>COMPONENTE DE SALUD MENTAL:</b></p> <p>Vitalidad (VT)</p>	<p>corresponda a su respuesta.]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parece que yo me enfermo un poco mas fácil que otra gente</li> <li>• Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco</li> <li>• Creo que mi salud va empeorar</li> <li>• Mi salud es excelente</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se ha sentido lleno de vida?</li> <li>• ¿Ha tenido mucha energía?</li> <li>• ¿Se ha sentido</li> </ul>
--	--	--	---	--

				<p>agotado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se ha sentido cansado?</li> </ul>
			<p>Función Social (FS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?</li> </ul>
			<p>Rol Emocional (RE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades</li> <li>• Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado</li> </ul>

			Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual</li> <li>• ¿Se ha sentido muy nervioso?</li> <li>• ¿Se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentararlo?</li> <li>• ¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?</li> <li>• ¿Se ha sentido desanimado y triste?</li> <li>• ¿Se ha sentido feliz?</li> </ul> <p>Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.</p>
--	--	--	--------------	--

## **CAPITULO II**

### **OBJETIVOS**

#### **2.1.- Objetivo General:**

Determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II EsSalud Tarapoto junio – noviembre del 2012.

#### **2.2.- Objetivos Específicos:**

- Identificar las características socio demográficas de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua.
- Determinar la calidad de vida de los pacientes según los componentes de salud física: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal Y Salud General.
- Determinar la calidad de vida según los componentes de salud mental: Vitalidad, Función Social, Rol Emocional Y Salud Mental de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua.

### CAPITULO III

#### MATERIALES Y METODOLOGIA

##### **3.1.- Tipo De Investigación:**

El presente estudio es de TIPO DESCRIPTIVO SIMPLE

##### **3.2.- Diseño De Investigación:**

Usaremos el diseño DE UNA SOLA CASILLA que nos permitirá seleccionar la muestra sobre la realidad problemática



**Donde:**

**M:** representa la muestra que estará conformada por los pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua

**O:** representa las observaciones que se realizarán en los pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua para identificar su calidad de vida.

→ : Relación entre la muestra y las observaciones.

##### **3.3.- Universo:**

Treinta y uno pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua.

##### **3.4.- Población:**

Treinta y uno pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua.

### **3.5.- Unidad De Muestreo:**

Un paciente con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua.

### **3.6.- Criterio De Inclusión:**

- Pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continúa en el Hospital II EsSalud-Tarapoto
- Pacientes mayores de 18 años

### **3.7.- Criterio De Exclusión:**

- Pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que no reciben diálisis peritoneal ambulatoria continúa en el Hospital II EsSalud- Tarapoto
- Pacientes que no accedan a ser entrevistados o encuestados.
- Pacientes menores de 18 años

### **3.8.- Procedimiento:**

Para realizar el estudio se siguió el siguiente procedimiento:

- Presentar una solicitud al responsable del programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua del Hospital II EsSalud Tarapoto.
- Seleccionar los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.
- El cuestionario se desarrollara durante la visita domiciliaria; mediante una entrevista o auto-administrado, donde los pacientes tendrán de 10 a 20 minutos para desarrollarlo.
- Se procederá a la tabulación de datos.

- Se realizara el análisis de los resultados.
- Redacción de informe.
- Presentación y aprobación de informe.
- Sustentación.

### **3.9.- Método:**

Se utilizó el método de la entrevista, aplicándose el Cuestionario Genérico de la Calidad de Vida SF-36 Para determinar los índices de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) a través de una entrevista semiestructurada concordante al modelo de intervención que opto por hemodiálisis, Diálisis Peritoneal Ambulatoria y/o Trasplante Renal, a la que se integró: la expectativa laboral y el consentimiento informado y poder determinar la expectativa laboral y calidad de vida para cada modelo de intervención en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

### **3.10.- Instrumento:**

Se utilizó el cuestionario SF- 36 v2, que para el recojo de la información que mide la calidad de vida de los sujetos de investigación, el cual pudo ser auto administrado o recogido mediante entrevista personal por los investigadores; se empeló un tiempo estimado de aproximadamente de 10 a 20 minutos.

El instrumento constó de 36 ítems que detectaron tanto estados positivos como negativos de salud, (calidad de vida) y está conformado por 8 dimensiones que son: Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal -intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (2), Salud General (6).



### RECODIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL SF 36 V2

DIMENSIÓN	Nº DE ÍTEM	CATEGORÍA DE REPUESTA	VALOR RECODIFICADO
PERSEPCIÓN DE LA SALUD EN GENRAL	2,3 (a, b, c, d)	1..... 2..... 3..... 4..... 5.....	0 25 50 75 100
FUNCIÓN FÍSICA	4 (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j)	1..... 2..... 3.....	0 50 100
ROL FÍSICO	5 (a, b, c, d)	1..... 2..... 3.....	0 25 50
ROL EMOCIONAL	6 (a, b, c)	4..... 5.....	75 100
DOLOR CORPORAL	7,8	1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....	0 20 40 60 80 100
FUNCIÓN SOCIAL	9, 10	1..... 2..... 3.....	0 25 50
SALUD MENTAL	11 (a, b, c, d, e)	4..... 5.....	75 100
VITALIDAD	12 (a, b, c, d)		

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **OBJETIVO 1**

Determinar las principales características socio demográficas de la población en estudio.

**Cuadro N° 1:** Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Edad, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012.

EDAD	N° PACIENTES	% PACIENTES
[23 - 33)	3	9,7
[33 - 43)	6	19,4
[43 - 53)	7	22,6
[53 - 63)	10	32,3
[63 - 73]	5	16,1
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Nota:** Edad Mínima: 23; Edad Máxima: 73; Edad Promedio: 50,42

**Fuente:** Datos del Proyecto de Investigación.

**Cuadro N° 2:** Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Género, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012.

GÉNERO	N° PACIENTES	% PACIENTES
Masculino	18	58,1
Femenino	13	41,9
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Datos del Proyecto de Investigación.

**Cuadro N° 3: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Nivel de Estudio, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012**

<b>NIVEL DE ESTUDIO</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Primaria completa	7	22,6
Secundaria incompleta	3	9,7
Secundaria completa	6	19,4
Superior no universitaria incompleta	2	6,5
Superior no universitaria completa	5	16,1
Superior Universitaria completa	7	22,6
Superior universitaria incompleta	1	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.**

**Cuadro N° 4: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Procedencia, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012**

PROCEDENCIA	N° PACIENTES	% PACIENTES
Banda de Shilcayo	4	12,9
Bellavista	3	9,7
Cacatachi	1	3,2
Dorado	1	3,2
Juanjui	1	3,2
Lamas	2	6,5
Moyobamba	1	3,2
Saposo	1	3,2
Shapaja	1	3,2
Tarapoto	15	48,4
Tarma	1	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.**

## **OBJETIVO 2**

Determinar la calidad de vida de los pacientes según los componentes de salud física: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal Y Salud General.

**Cuadro N° 5: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Evolución de Salud, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012.**

<b>EVOLUCIÓN DE SALUD (Un año)</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Mucho mejor ahora que hace un año	8	25,8
Algo mejor ahora que hace un año	11	35,5
Más o menos igual ahora que hace un año	8	25,8
Algo peor ahora que hace un año	2	6,5
Mucho peor ahora que hace un año	2	6,5
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.**

**Cuadro N° 6: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Dimensión Función Física, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012**

<b>FUNCIÓN FÍSICA</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Mala	18	58,1
Buena	13	41,9
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Nota: % Mínimo: 5 ; % Máximo: 95 ; % Promedio: 47,42**

**Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.**

**Cuadro N° 7: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Dimensión Rol Físico, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012**

<b>ROL FÍSICO</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Mala	22	71,0
Buena	9	29,0
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Nota: % Mínimo: 20 ; % Máximo: 65 ; % Promedio: 42,1**

**Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.**

**Cuadro N° 8: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Dimensión Dolor Corporal, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012**

<b>DOLOR CORPORAL</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Mala	12	38,7
Buena	19	61,3
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Nota: % Mínimo: 30 ; % Máximo: 100 ; % Promedio: 61,29**

**Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.**

**Cuadro N° 9: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Dimensión Salud en General, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012**

<b>SALUD EN GENERAL</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Mala	17	54,8
Buena	14	45,2
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Nota: % Mínimo: 00 ; % Máximo: 80 ; % Promedio: 42,26**

**Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.**



### **OBJETIVO 3**

Determinar la calidad de vida según los componentes de salud mental: Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que se realizan diálisis peritoneal ambulatoria continua.

**Cuadro N° 10:** Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Dimensión Vitalidad, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012

<b>VITALIDAD</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Mala	9	29,0
Buena	22	71,0
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Nota:** % Mínimo: 20 ; % Máximo: 100 ; % Promedio: 62,42

**Fuente:** Datos del Proyecto de Investigación.

**Cuadro N° 11:** Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Dimensión Función Social, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012 Abril del 2012 – Julio del 2012.

<b>FUNCIÓN SOCIAL</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Mala	12	38,7
Buena	19	61,3
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Nota:** % Mínimo: 30 ; % Máximo: 80 ; % Promedio: 59,03

**Fuente:** Datos del Proyecto de Investigación.

**Cuadro N° 12: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Dimensión Rol Emocional, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012**

<b>ROL EMOCIONAL</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Mala	15	48,4
Buena	16	51,6
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Nota: % Mínimo: 20 ; % Máximo: 82 ; % Promedio: 52,61**

**Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.**

**Cuadro N° 13: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Dimensión Salud Mental, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio – Noviembre del 2012**

<b>SALUD MENTAL</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Mala	15	48,4
Buena	16	51,6
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100.0%</b>

**Nota: % Mínimo: 10 ; % Máximo: 100 ; % Promedio: 55,97**

**Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.**

## **CAPITULO V.**

### **DISCUSIÓN**

#### **“EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL QUE RECIBEN DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA. HOSPITAL II ESSALUD TARAPOTO. JUNIO – NOVIEMBRE DEL 2012”**

Al determinar las principales características socio demográficas de la población en estudio en el Cuadro N° 1 nuestros resultados según edad, reportaron una mayor concentración de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua entre los 53 a 63 años de edad ubicándose en 32,3 % (10 pacientes) y 22,6 % (07pacientes) entre 43 y 53 años de edad; en un rango comprendido entre los 23 a 73 años de edad. Según genero de los pacientes (Cuadro N° 2) nuestros resultados encontrados indicaron en su mayoría sexo masculino en 58,1% (18 pacientes). Según nivel de estudio de los pacientes nuestros resultados se ubicaron en mayor concentración en primaria completa y superior universitaria completa, en 22,6% (7 pacientes) en cada caso y según procedencia de los pacientes el 48,4% (15 pacientes) procedían del Distrito de Tarapoto. Resultados similares en cuanto a edad y genero según lo reportado en un estudio realizado en España por Seguí en el año 2010 quien al estudiar “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis” reporto un rango comprendido entre 18 y 90 años, predominando los varones con un 53,1%.(11)

Al determinar la calidad de vida de los pacientes según los componentes de salud física: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal Y Salud General, se obtuvo lo siguiente: la evolución de la salud en el

periodo de un año de los pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua (Cuadro N° 5); reportaron que el 35,5% (11 pacientes) calificaron su salud de modo general en el periodo de un año, en algo mejor ahora que hace un año y 25,8% (8 pacientes) mucho mejor ahora que hace un año, lo cual nos indica que, para el 61,3 de forma general su estado de salud es positivo y 6,5% (2 pacientes) calificaron de forma general su salud, algo peor ahora que hace un año y mucho peor ahora que hace un año, en cada caso (6,25). En cuanto a la dimensión función física de los pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua (Cuadro N° 6) indicaron que el 58,1% (18 pacientes) reportaron estado negativo de salud, estado de salud que a este grupo limita las actividades físicas de su vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos y 41,9% (13 pacientes) reportaron estado positivo de salud en su función física. (6,25).

Los resultados de la dimensión rol físico de los pacientes (Cuadro N° 7) indicaron que el 71,0% (22 pacientes) tienen estado negativo de salud al ubicarse en el rol físico malo, estado que interfiere el trabajo y otras actividades diarias del paciente, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas y 29,0% (9 pacientes) reportaron estado positivo de salud al ubicarse en el rol físico bueno. En cuanto a la dimensión dolor corporal de los pacientes (Cuadro N° 8) el 61,3% (19 pacientes) tienen estado positivo de salud por padecer intensidad de dolor bueno, estado de salud que no tiene efecto en su trabajo habitual y en las actividades del hogar de los pacientes y 38,7% (12 pacientes) reportaron estado negativo de salud al referir intensidad de dolor malo; lo cual tiene efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar del paciente. En cuanto a los resultados de salud en general de los pacientes (Cuadro N° 9) el 54,8% (17 pacientes) refirieron estado negativo de salud en general después de la valoración de su estado de

salud de acuerdo a su situación actual, perspectivas futuras y la resistencia a enfermar; lo cual nos indica que, para el 54,8% de forma general su estado de salud es negativo y 45,2% (14 pacientes) reportaron estado positivo de salud (6,25).

Al determinar la calidad de vida según los componentes de salud mental: Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua se obtuvo que: los resultados de la dimensión vitalidad de los pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua (Cuadro N° 10) indicaron que el 71,0% (22 pacientes) refirieron sentimiento de energía y vitalidad buena frente al de cansancio y desánimo siendo capaces de superar estas dificultades y 29,0% (9 pacientes) reportaron sentimiento de energía y vitalidad mala, es decir cansancio y desánimo. En cuanto a la dimensión función social de los pacientes (Cuadro N° 11) nuestros resultados reportaron que el 61,3% (19 pacientes) refirieron que el grado de los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de su salud no interfieren en su vida social habitual y 38,7% (12 pacientes) refirieron que el grado de los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de su salud interfieren en su vida social habitual. Los resultados de la dimensión rol emocional de los pacientes (Cuadro N° 12) reportaron que el 51,6% (16 pacientes) refirieron que los problemas emocionales no afectan su trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y esmero en el trabajo y 48,4% (15 pacientes) refirieron que los problemas emocionales afectan su trabajo y otras actividades diarias y en la dimensión salud mental de los pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II EsSalud Tarapoto (Cuadro N° 13), el 51,6% (16 pacientes) refirieron estado positivo de salud después de la valoración de su salud mental en general que se ubicó en buena, indicando que se ha sentido y le han ido bien las cosas durante las últimas cuatro semanas considerando: depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general y 48,4% (15

pacientes) refirieron estado negativo de salud después de la valoración de su salud mental en general que se ubicó en mala.



## **CAPITULO VI.**

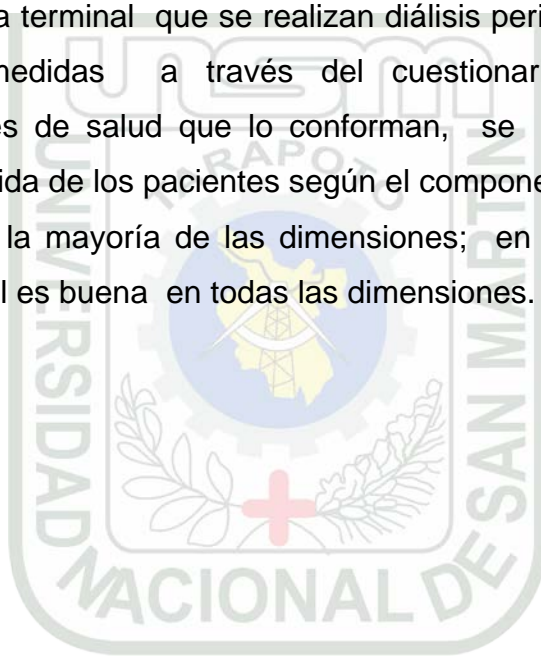
### **CONCLUSIONES**

- 1.- Las características socio demográficas más resaltantes, obtenidas de la población de estudio fueron: la edad promedio de 53 a 63 años, con un 32, 3%; género masculino 58,1%; nivel de estudio 22,6% superior universitaria completa y primaria completa respectivamente y lugar de procedencia Tarapoto e el 48,4% de los casos.
- 2.- En la dimensión de función física el 58,1% reportó estado de salud que limita las actividades físicas de su vida diaria y 41,9% estado positivo de salud. El 71,0% reportó rol físico malo, produciendo como consecuencia un rendimiento en el trabajo y otras actividades diarias menor del deseado, y 29,0% se ubicó en rol físico bueno. El 61,3% refirió padecer intensidad de dolor bueno, lo cual no tiene efecto en su trabajo habitual y en las actividades del hogar del paciente y 38,7% intensidad de dolor malo; lo cual tiene efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar del paciente. El 54,8% refirió estado negativo de salud en general y 45,2% reportó estado positivo de salud.
- 3.- En la dimensión vitalidad, el 71,0% refirió sentimiento de energía y vitalidad buena frente al cansancio y desánimo y 29,0% vitalidad mala, es decir presentan cansancio y desánimo; en la dimensión función social el 61,3% refirió que el grado de los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de su salud no interfieren en su vida social habitual y 38,7% que interfieren en su vida social habitual. En la dimensión rol emocional el 51,6% refirió que los problemas emocionales no afectan su trabajo y otras actividades diarias, y 48,4% refirieron que afectan su trabajo y otras actividades



diarias. El 51,6% valoraron su salud mental en general en buena, indicando que se ha sentido y le han ido bien las cosas durante las últimas cuatro semanas y 48,4% valoraron su salud mental en general en mala.

- 4.- Al determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que se realizan diálisis peritoneal ambulatoria continua, medidas a través del cuestionario SF 36 y los componentes de salud que lo conforman, se concluyó : que la calidad de vida de los pacientes según el componente de salud física es mala en la mayoría de las dimensiones; en el componente de salud mental es buena en todas las dimensiones.



## **CAPITULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

- 1.- Que los establecimientos de salud en coordinación con todos los profesionales, promuevan la salud renal en las diferentes instituciones, aplicando estrategias adecuadas de salud a nivel de la Región.
- 2.- Debido a mala calidad física encontrada en los pacientes, recomendamos que el programa implemente talleres en los que se realicen actividades moderadas como Tai Chi, bailes etc., de acuerdo a la capacidad física para mejorar el rendimiento de su estado físico.
- 3.- Implementar consultas psicológicas periódicas como parte del programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua.
- 4.- Se recomienda que se implemente más personal de salud, para poder cubrir las diversas necesidades que presenta el programa, a favor de mejorar la calidad de atención brindada a los pacientes.

## **CAPITULO VIII.**

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Emilio Hinojosa Cáceres. (2006). "Evaluación De La Calidad De Vida En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica. Essalud Arequipa."
2. Alonso J. Prieto L. Anto J.M. La versión española del SF-36 un instrumento para la medida de los resultados Clínicos. Med Clin 1995.
3. Cangiano, (2006) El impacto global de la enfermedad renal. Disponible en: <http://www.galenusrevista.com/el-impacto-global-de-la-enfermedad>
4. Rodríguez, (2010) Enfermedad renal crónica: causas y prevención. Disponible en <http://radio.rpp.com.pe/saludenrpp/enfermedad-renal-cronica-causas-y-prevencion/>
5. Meneses, (2003) Diálisis peritoneal no convencional en pacientes con insuficiencia renal que requieren soporte dialítico. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/14-1/v14n1ao2.htm>
6. Bobes García J, Bousoño García M, Iglesias García C, González García-Portilla MP. Calidad de vida: Concepto. Calidad de vida en las esquizofrenias. Barcelona: Prous; 1995; p. 1-11.
7. Kottke FJ. Philosophic Considerations of quality of life for the Disabled. Arch Phys Med Rehabil 1982; 63: 60-62.
8. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat; 1982.
9. Organización Mundial de la Salud. Construction in Basic Documents. Ginebra: WHO; 1948.
10. Seguí, (2010) Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis, disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752010000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752010000300002&script=sci_arttext)
11. Oviedo, (2012) El uso de la diálisis peritoneal en enfermos renales

- aumentó en el último año en España y en Asturias. disponible en <http://www.noticiasmedicas.es/medicina/noticias/12975/1/El-uso-de-la-dialisis-peritoneal-en-enfermos-renales-aumento-en-el-ultimo-ano-en-Espana-y-en-Asturias/Page1.html>
12. Fundación Wikimedia, Inc. (2012) Insuficiencia renal aguda. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Insuficiencia\\_renal\\_aguda](http://es.wikipedia.org/wiki/Insuficiencia_renal_aguda)
  13. Oviedo, (2011), Insuficiencia Renal Crónica. Disponible en: [http://www.clinicacontigo.com/index/index.php?option=com\\_content&view=article&id=29:n1&catid=2:noticias-recientes](http://www.clinicacontigo.com/index/index.php?option=com_content&view=article&id=29:n1&catid=2:noticias-recientes)
  14. Zeiss, (2011), Diálisis. Disponible en: <http://www.ferato.com/wiki/index.php/Di%C3%A1lisis>
  15. BAXTER INTERNATIONAL INC. (2006), DIALISIS PERITONEAL. Disponible en : [http://spain.renalinfo.com/opciones\\_de\\_tratamiento/dialisis\\_peritoneal\\_3.html](http://spain.renalinfo.com/opciones_de_tratamiento/dialisis_peritoneal_3.html) tomado el 12/12/11
  16. Campbell, (2000), Diálisis peritoneal ambulatoria continua Disponible en [http://telesalud.ucaldas.edu.co/rmc/articulos/articulo.asp?archivo=v5e3a5.htm&vol=5&ed=3&id\\_articulo=5](http://telesalud.ucaldas.edu.co/rmc/articulos/articulo.asp?archivo=v5e3a5.htm&vol=5&ed=3&id_articulo=5)
  17. Reilly (2006), Entendiendo Sus Opciones De Diálisis Peritoneal disponible en: [//www.aakp.org/library/attachments/understanding%20your%20peritoneal%20dialysis%20options%20spanish](http://www.aakp.org/library/attachments/understanding%20your%20peritoneal%20dialysis%20options%20spanish).
  18. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life Measurements. JAMA 1994; 272(8): 619-626. Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in the 1990s. Ann Rev Public Health 1990; 11:165-183.
  19. Patrick DL , Erikson P. Assessing Health-Related quality of life for clinical decision making. En: Walker SR, Rosser MR editors. Quality of life: assessment and application. Lancaster: MTP Press Limited; 1987.

20. Bech P. Quality of life in Psychosomatic research. A Psychometric model. *Psychopathology* 1987; 20: 169-179.
21. García M, 1997 González García-Portilla MP, Pedregal Sánchez J, Bobes García J. Calidad de vida relacionada con la salud. *Monografías de Psiquiatría* 1993; 5(6): 12-17.
22. Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N. (1998) Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la Investigación y la práctica.
23. (Evaluación de la Calidad de Vida Grupo WHOQOL, 1994. Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.)
24. Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.
25. Alonso (2004), El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112005000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112005000200007&script=sci_arttext)
26. Molinero (2008), Cuestionarios de salud disponible en: <http://www.seh-lilha.org/cucadevi.htm#TIPOS>
27. Sanz, (2006) Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica. Influencia de la intervención precoz del nefrólogo y de la consulta prediálisis, disponible en: <http://www.taiss.com/publi/absful/calidad-pacientes-irc-intervencion-precoz-nefrologia.pdf>

## ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



### CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 V2

#### INSTRUCCIONES:

Buenos días, somos Bachilleres de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional San Martín-Tarapoto, nuestro objetivo es realizar el presente proyecto de investigación titulado: “Evaluación de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua”

Este cuestionario le pide sus opiniones acerca de su salud, información que permitirá saber cómo se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales.

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1.- Comparada su salud con la de hace un año ¿cómo la calificaría ahora en general?

Mucho mejor ahora que hace un año 1	Algo mejor ahora que hace un año 2	Mas o menos igual ahora que hace un año 3	Algo peor ahora que hace un año 4	Mucho peor ahora que hace un año 5
--	---	---	--	---

- **PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN GENERAL**

**2.- En general, ¿diría que su salud es?: [Marque con una “x” la casilla que mejor corresponda a su respuesta.]**

Excelente 1	Muy Buena 2	Buena 3	Pasable 4	Mala 5
-------------	-------------	---------	-----------	--------

**3.- ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?**

	Claramente cierta	Mayormente cierta	No sé	Mayormente falsa	Claramente falsa
<b>a.</b> Parece que yo me enfermo un poco mas fácil que otra gente	1	2	3	4	5
<b>b.</b> Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco	1	2	3	4	5
<b>c.</b> Creo que mi salud va empeorar	1	2	3	4	5
<b>d.</b> Mi salud es excelente	1	2	3	4	5



- **FUNCIÓN FÍSICA**

4.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? [Marque con una “x” una casilla para cada pregunta.]

	Sí, me limita Mucho 1	Sí, me limita un poco 2	No, no me limita en absoluto 3
<b>a. Actividades vigorosas</b> , tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos			
<b>b. Actividades moderadas</b> , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf, o trabajar en el jardín			
<b>c.</b> Levantar o cargar las compras del mercado			
<b>d.</b> Subir <b>varios</b> pisos por la escalera			
<b>e.</b> Subir <b>un</b> piso por la escalera			
<b>f.</b> Doblarse, arrodillarse o agacharse			
<b>g.</b> Caminar <b>más de una milla</b>			
<b>h.</b> Caminar <b>varias cuerdas (varios cientos de metros)</b>			
<b>i.</b> Caminar <b>una cuerda (unos cien metros)</b>			

j.	Bañarse o vestirse			
----	--------------------	--	--	--

• **ROL FÍSICO**

**5 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?**

	Siempre 1	Casi siempre 2	Algunas veces 3	Casi nunca 4	Nunca 5
a. Ha reducido el <b>tiempo</b> que dedicaba al trabajo u otras actividades					
b. Ha logrado <b>hacer menos</b> de lo que le hubiera gustado					
c. Ha tenido limitaciones en cuanto al <b>tipo</b> de trabajo u otras actividades					
d. Ha tenido <b>dificultades</b> en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)					

- **ROL EMOCIONAL**

6.-Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

	Siempre 1	Casi siempre 2	Algunas veces 3	Casi nunca 4	Nunca 5
a. Ha reducido el <b>tiempo</b> que dedicaba al trabajo u otras actividades					
b. Ha <b>logrado hacer menos</b> de lo que le hubiera gustado					
c. Ha hecho el trabajo u otras actividades <b>con menos cuidado</b> de lo usual					

- **DOLOR CORPORAL**

7.- ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?

Ningún dolor 1	Muy poco 2	Poco 3	Moderado 4	Severo 5	Muy severo 6
----------------	------------	--------	------------	----------	--------------

**8.-Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?**

Nada en absoluto 1	Un poco 2	Medianamente 3	Bastante 4	Extremadamente 5
--------------------	-----------	----------------	------------	------------------

• **FUNCIÓN SOCIAL**

**9.-Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?**

Nada En Absoluto 1	Ligeramente 2	Medianamente 3	Bastante 4	Extremadamente 5
--------------------	---------------	----------------	------------	------------------

**10.-Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?**

Siempre 1	Casi Siempre 2	Algunas Veces 3	Casi Nunca 4	Nunca 5
-----------	----------------	-----------------	--------------	---------

• **SALUD MENTAL**

**11.-Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.**

**¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...**

	Siempre 1	Casi siempre 2	Algunas veces 3	Casi nunca 4	Nunca 5
--	-----------	----------------	-----------------	--------------	---------

a. Se ha sentido muy nervioso?					
b. Se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarle?					
c. Se ha sentido tranquilo y sosegado?					
d. Se ha sentido desanimado y triste?					
e. Se ha sentido feliz?					

• **VITALIDAD**

**12.-Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...**

	Siempre 1	Casi siempre 2	Algunas veces 3	Casi nunca 4	Nunca 5
a. Se ha sentido lleno de vida?					
b. Ha tenido mucha energía?					
c. Se ha					

sentido agotado?					
d. Se ha sentido cansado?					

Como las respuestas son anónimas, nos ayudará a entenderlas mejor si disponemos de la siguiente información personal. Marque con una X lo que corresponda.

**1.- Sexo:**

Masculino.....

Femenino.....

**2.- Edad:** ..... Años.

**3.- Nivel de estudios alcanzados:**

Primaria completa.....

Secundaria incompleta.....

Secundaria completa.....

Superior no universitaria incompleta.....

Superior no universitaria completa.....

Superior universitaria completa.....

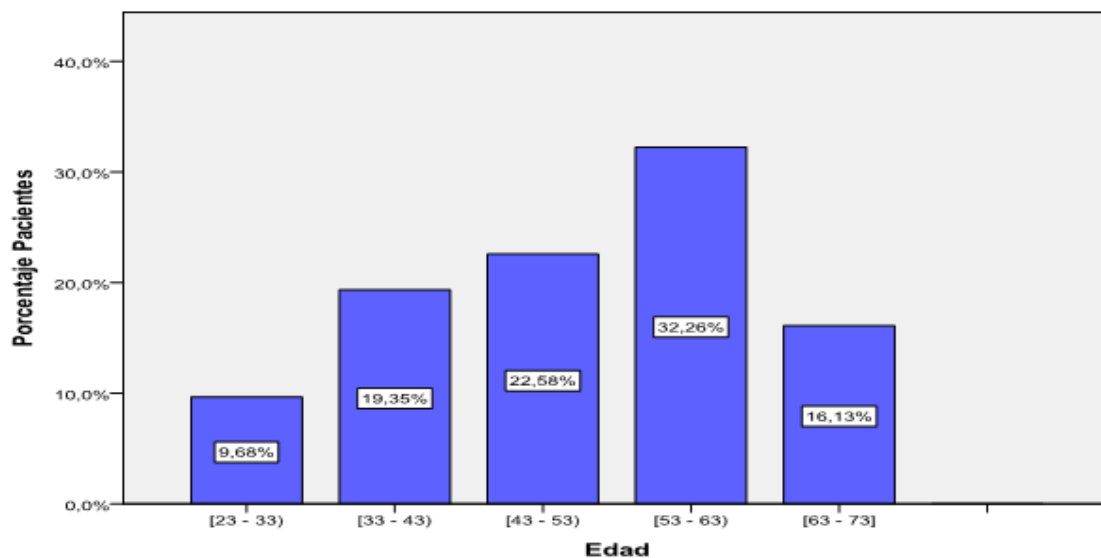
Superior universitaria incompleta.....

**4.- Procedencia:** .....

!!! Gracias por su colaboración!!!!

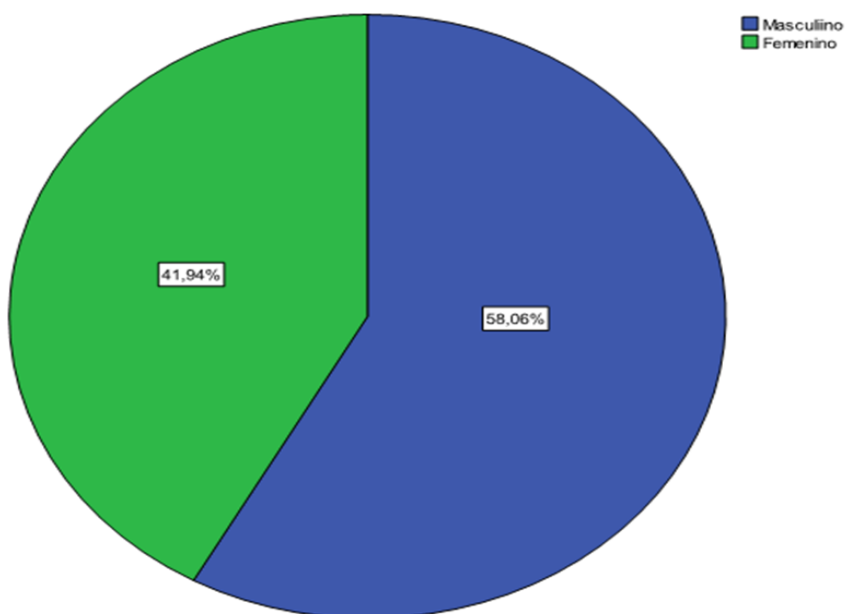


**Grafico N° 1: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Edad, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**



Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

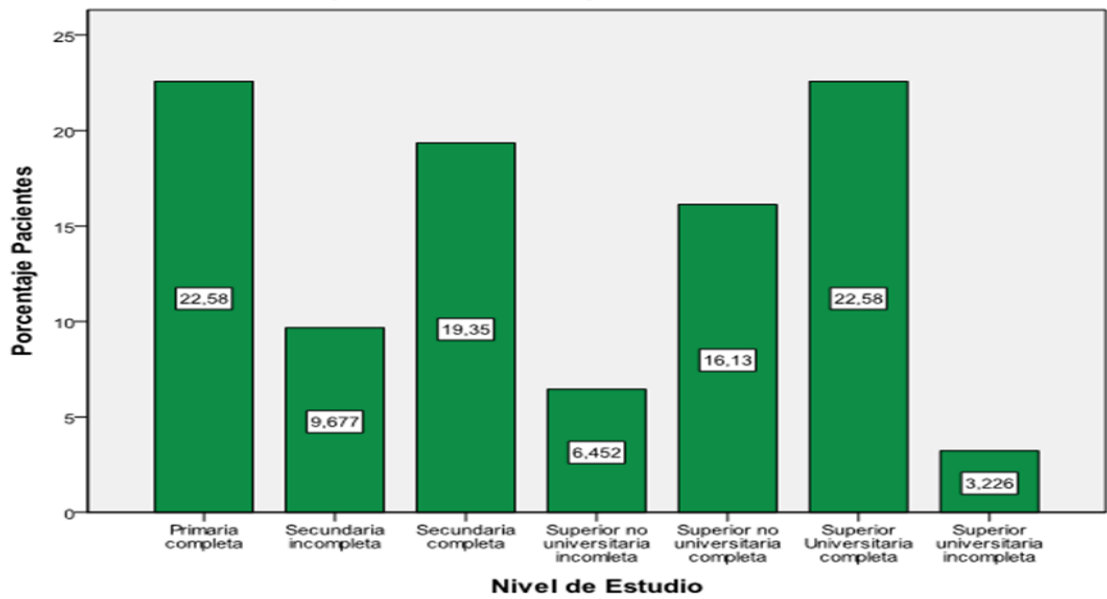
**Grafico N° 2: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Género, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**



Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

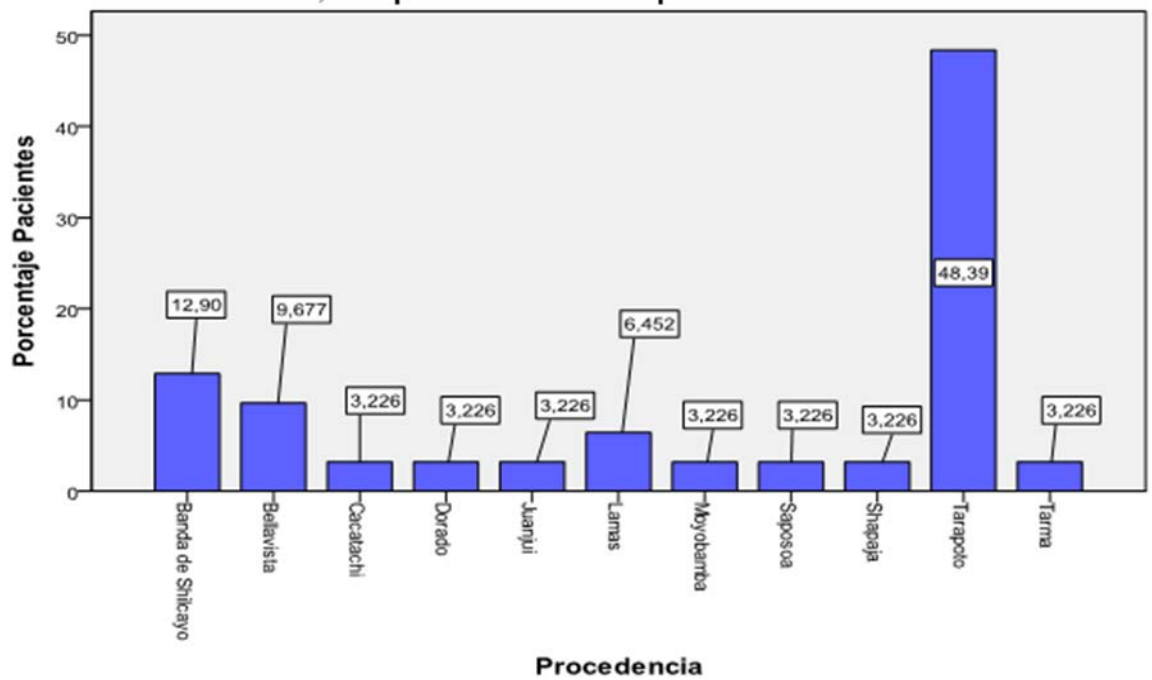


**Grafico N° 3: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Nivel de Estudio, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**



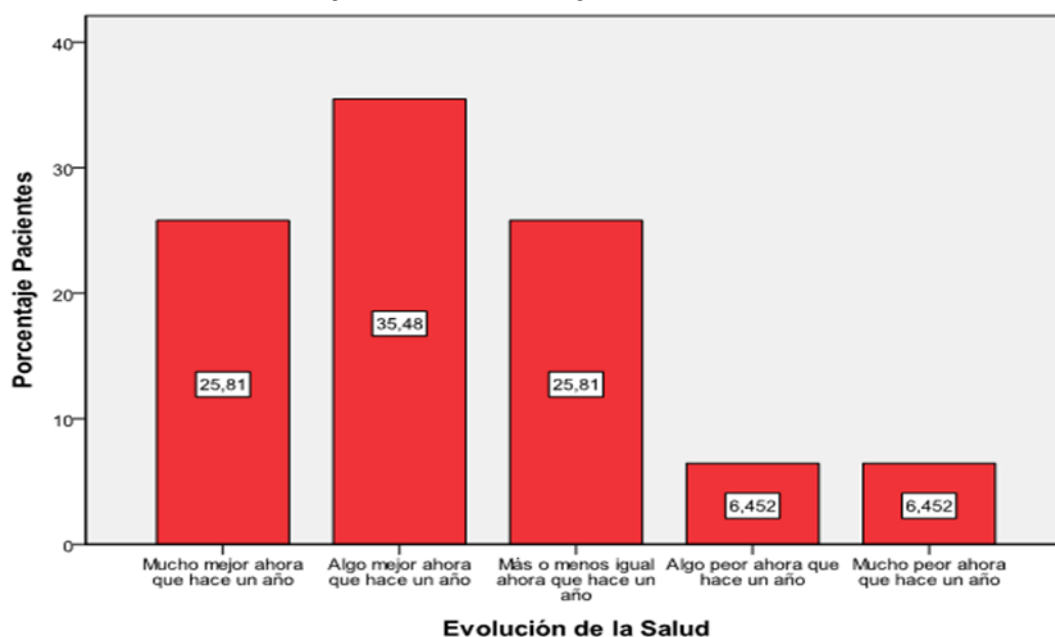
Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

**Grafico N° 4: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Procedencia, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**



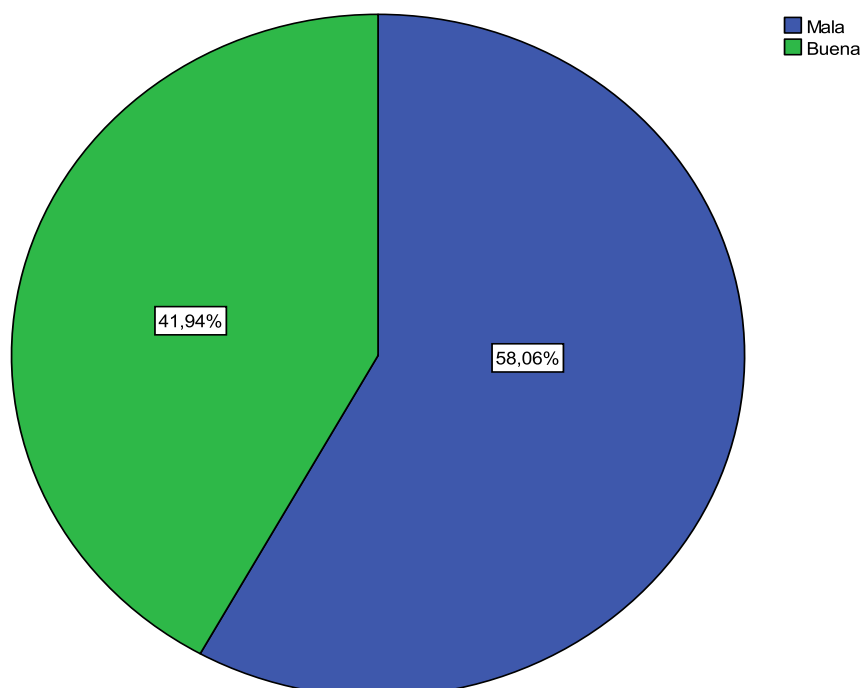
Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

**Grafico N° 5: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Evolución de la Salud, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**



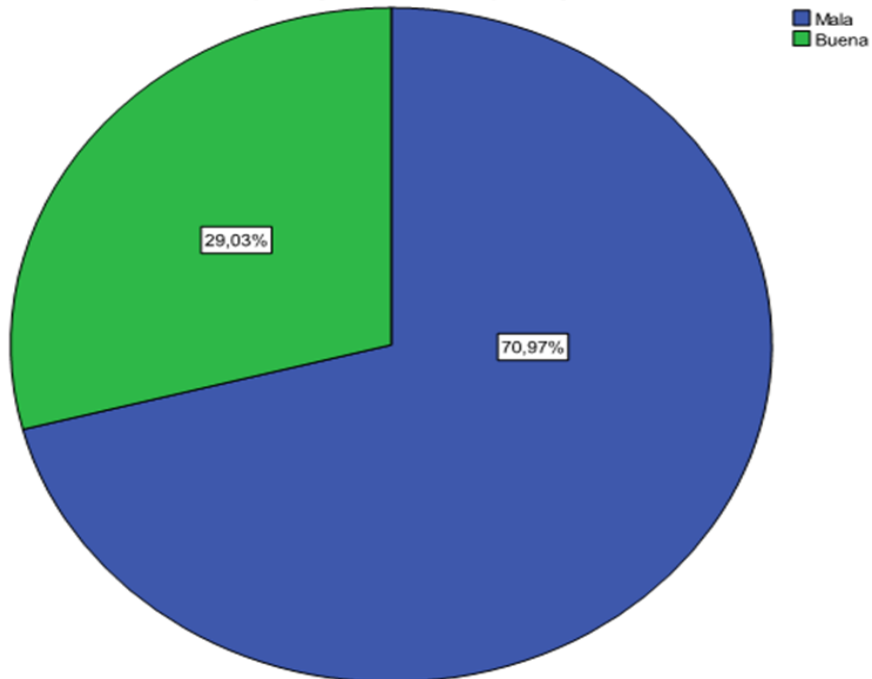
Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

**GRAFICO N° 6 Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Dimensión Función Física, hospital II Essalud Tarapoto. Junio - Noviembre 2012.**

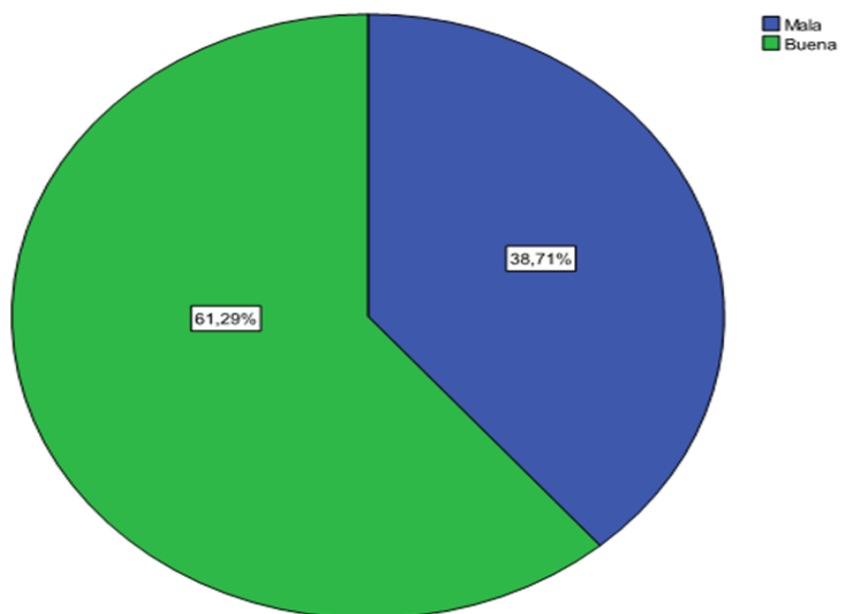


Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

**Grafico N° 7: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Dimensión Rol Físico, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**

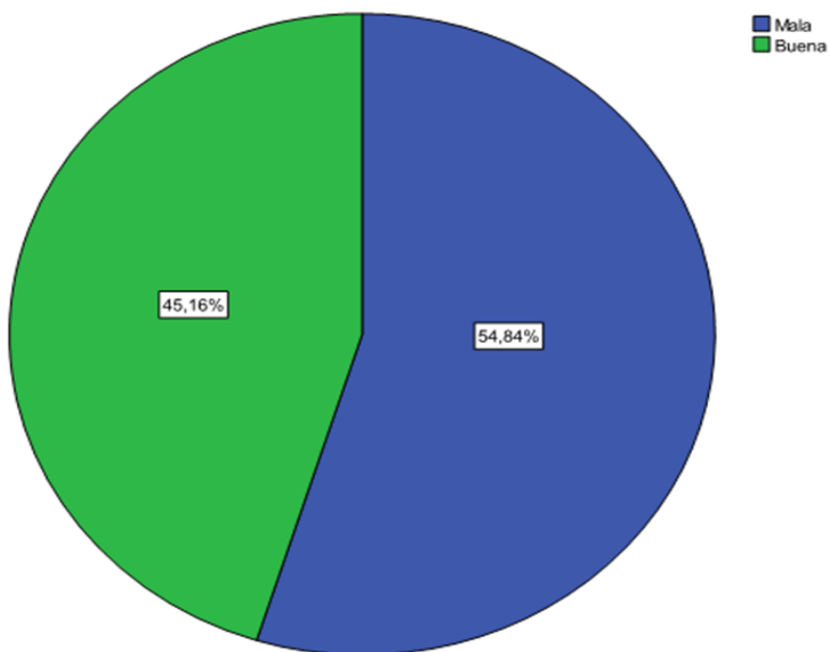


**Grafico N° 8: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Dimensión Dolor Corporal, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**



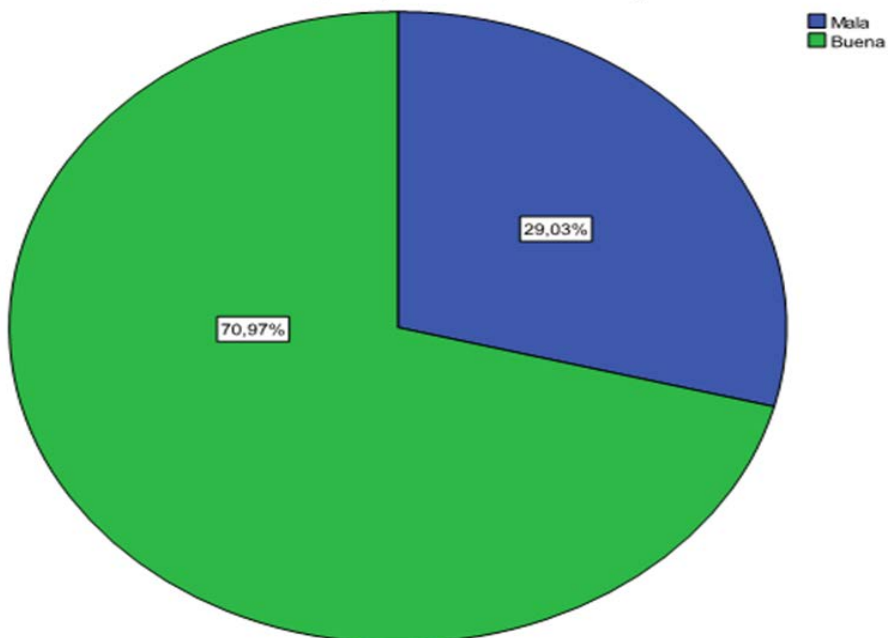
Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

**Gráfico N° 9: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Dimensión Salud en General, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**



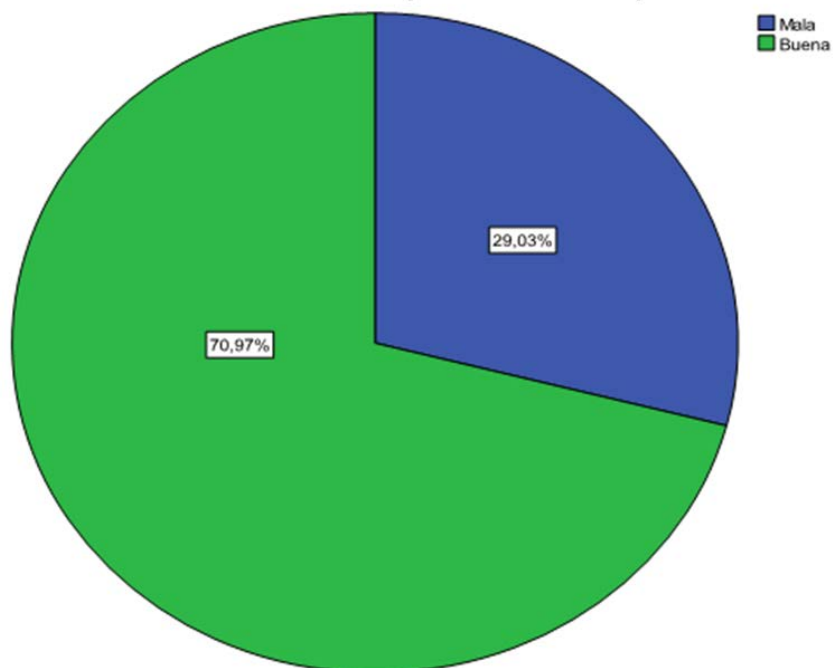
Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

**Gráfico N° 10: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal según Dimensión Vitalidad, Hospital II Essalud Tarapoto Junio - Noviembre 2012**



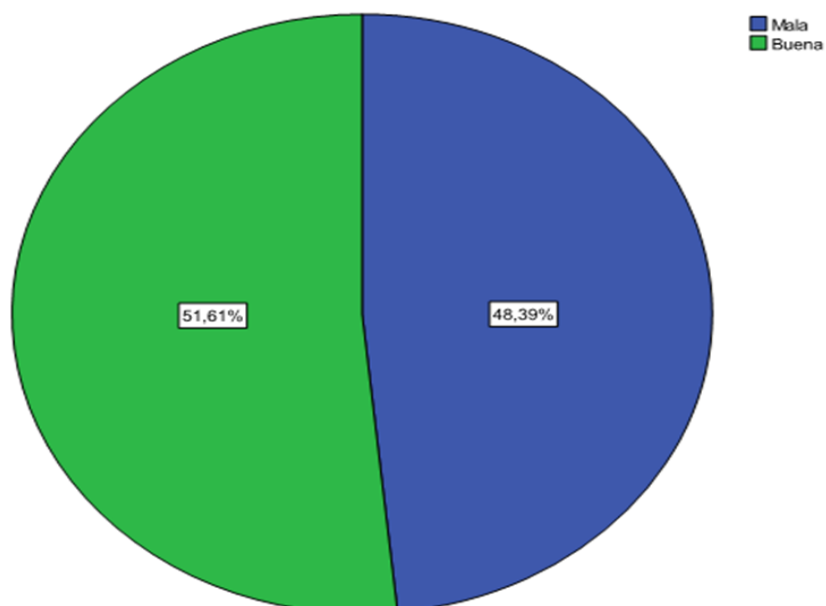
Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

**Grafico N° 11: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Dimensión Función Social Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**



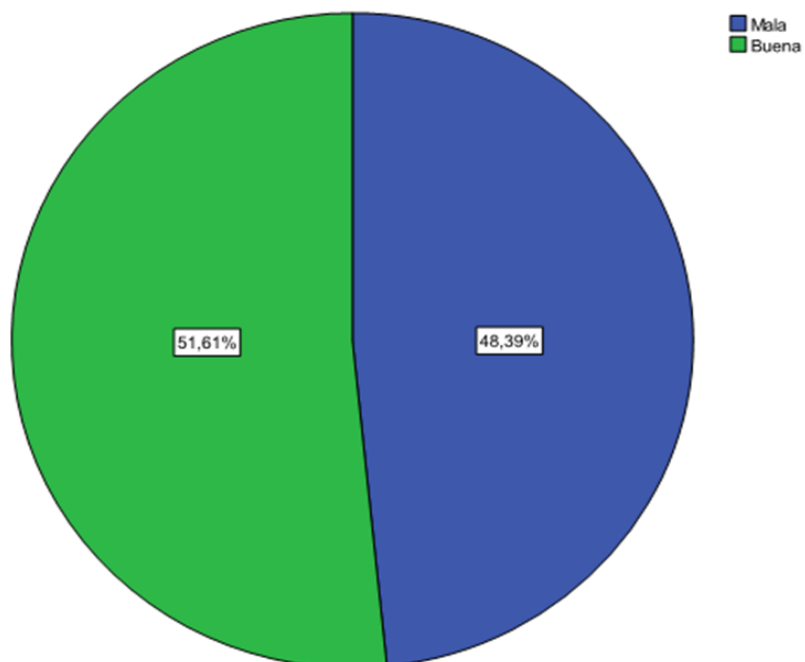
Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

**Grafico N° 12: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Dimensión Rol Emocional, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**



Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

**Grafico N° 13: Pacientes Con Insuficiencia Renal Cronica Terminal según Dimensión Salud Mental, Hospital II Essalud Tarapoto. Junio- Noviembre 2012**



Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

